

→ L'ALLIANCE THÉRAPEUTIQUE : CONCEPTION, PRATIQUE

Pierre Baillargeon ps.éd., Ph.D., Département de psychoéducation, UQTR,
Daniel Puskas ps.éd., psychothérapeute, psychanalyste, superviseur-formateur, DSREA



CONCEPTION DE L'ALLIANCE THÉRAPEUTIQUE

Tout intervenant souhaite le succès de son intervention. Les facteurs qui influencent celle-ci sont multiples. L'alliance thérapeutique en constitue un prédicteur de succès. Elle conçoit l'intervention comme une entreprise de collaboration en définissant l'équipe d'intervenants et les clients clés comme les joueurs de la même équipe. L'alliance unit les systèmes du client et de l'intervenant pour créer un système thérapeutique inclusif et efficace. Plusieurs chercheurs, comme, par exemple, Horvath et Symonds (1991; Martin, Garske et Davis (2000); Samstag, Batchelder, Muran, Safran et Winston (1998), ont évalué les effets à court et à long terme des thérapies psychodynamiques, cognitives et expérientielles avec des clients dont les problèmes varient. Ils ont découvert que la qualité de l'alliance thérapeutique s'associe à un vaste éventail de résultats positifs.

DIMENSIONS DE L'ALLIANCE THÉRAPEUTIQUE

Selon Bordin (1979), les trois principales dimensions du contenu de l'alliance thérapeutique sont le lien, les objectifs et les tâches.

- La première dimension de l'alliance, le lien, se rapporte à la qualité affective de l'alliance et inclut des aspects de la relation système client-intervenant comme la confiance, la sollicitude et l'engagement. La dimension du lien couvre l'extension selon laquelle l'intervenant devient une personne significative et un objet chargé

d'émotions pour le client, et le fait que le client sent que l'intervenant s'engage et se préoccupe de lui.

- La seconde dimension majeure de l'alliance, les objectifs, se réfère à l'extension selon laquelle le système client fait l'expérience d'un système intervenant qui travaille avec lui sur les problèmes pour lesquels il demande de l'aide ou pour lesquels le système intervenant est mandaté par un tiers pour intervenir – par exemple en vertu d'une ordonnance de la Loi sur la protection de la jeunesse.
- La dimension des tâches porte sur les activités dans lesquelles les systèmes de l'intervenant et du client s'engagent pendant l'intervention. De façon spécifique, elle se réfère à l'extension selon laquelle le système client considère que les tâches correspondent à ses attentes et les trouve confortables. C'est le degré de bien-être ou d'anxiété que le client expérimente par rapport aux tâches. Par exemple, l'intervenant peut encourager fortement Louise, une jeune femme de 17 ans hospitalisée pour une tentative de suicide, à dire à ses frères et sœurs plus âgés et à ses parents que son oncle l'a abusée sexuellement de l'âge de 10 à 14 ans. Si Louise a trop peur de s'engager dans cette tâche, elle sera en conflit. Les attentes de l'intervenant dépassent le seuil de confort de Louise. Même si Louise pense que se confier à ses frères, à ses sœurs et à ses parents est une bonne idée, même si ses attentes pour les tâches sont

congruentes avec celles de l'intervenant, sur le plan émotif, la tâche peut s'avérer au-delà de ses forces à ce moment-là. Si l'intervenant insiste pour qu'elle s'engage dans cette tâche, la composante tâche de l'alliance sera sérieusement compromise.

Les trois dimensions de l'alliance thérapeutique sont interdépendantes. Par conséquent, la qualité du lien influe sur la capacité du client et de l'intervenant à négocier un accord sur les tâches et les objectifs de l'intervention. L'habileté du client et de l'intervenant – donc du système thérapeutique – à négocier un tel accord module aussi la qualité du lien entre eux. En cours d'intervention, la qualité de l'alliance variera en qualité et en intensité. Il arrivera également que l'alliance soit brisée. Que fera alors l'intervenant?

BRIS ET RESTAURATION DE L'ALLIANCE THÉRAPEUTIQUE

Un bris de l'alliance n'a pas que des effets négatifs. Des auteurs comme Florsheim (2000) et Safran, Crocker, McMain et Murray (1990) soutiennent que les thérapies comportant des ruptures de l'alliance semblent plus efficaces que les thérapies sans ruptures, à la condition, toutefois, que l'alliance soit restaurée. Dans l'intervention, les cas les plus réussis impliquent au moins un épisode de bris de l'alliance et de restauration de l'alliance. Les cas dans lesquels les bris ne se produisent pas ne s'avèrent pas aussi puissants que ceux dans lesquels il y a un ou plusieurs bris. L'alliance mise à l'épreuve et réparée devient plus forte que celle qui n'a pas été mise à l'épreuve.

L'alliance, un phénomène dynamique, diffère d'un système thérapeutique à l'autre et change dans le même système au cours

de l'intervention. À mesure que l'intervention progresse, l'alliance devient habituellement plus intense. Une crise de l'alliance entre les systèmes du client et de l'intervenant peut se produire à n'importe quel moment, car habituellement, dans toutes les interventions qui durent un certain temps, l'alliance se brise à un moment donné, peu importe l'intention ou l'expertise de l'intervenant. Les bris sont inévitables. Presque toutes les interventions contiennent des épisodes dans lesquels les clients se sentent incompris de l'intervenant ou désappointés. C'est pourquoi il est très important pour un intervenant de pouvoir repérer le plus rapidement possible les indices du bris de l'alliance.

INDICES DU BRIS DE L'ALLIANCE

Safran et al., (1990) proposent des indices pour identifier les bris de l'alliance. Ces indices sont des verbalisations ou des comportements du client révélateurs d'un bris de l'alliance. Les auteurs proposent sept révélateurs d'un bris de l'alliance.

L'expression directe d'un sentiment négatif

Un signe fréquent d'un bris de l'alliance est l'expression, par le client, de sentiments négatifs à l'égard de l'intervenant. Par exemple, le client dit à l'intervenant : « Je ne t'aime pas ».

L'expression indirecte de sentiment négatif ou d'hostilité

Certains clients communiquent indirectement leurs sentiments négatifs ou leur hostilité par des sarcasmes, des comportements non verbaux, ou des comportements passifs-agressifs. Par exemple, le client a vécu une situation de rejet et d'humiliation au cours de la fin de semaine : au cours de l'entrevue suivante, le client se sent rejeté et humilié par l'intervenant.

Le désaccord avec les objectifs ou les tâches de l'intervention

Un autre indice fréquent est le fait que le client questionne les objectifs ou les tâches que propose l'intervenant ou les rejette. Le degré d'accord entre le client et l'intervenant sur les objectifs et les tâches médiatise la force de l'alliance thérapeutique. Dans certains cas, le désaccord peut être la manifestation superficielle de problèmes sous-jacents.

La complaisance

La complaisance du client est aussi un indicateur de problèmes dans l'alliance thérapeutique. Dans ce type de situation, plutôt que de risquer de brouiller la relation avec l'intervenant, le client acquiesce. Par exemple, le client qui a peur de dire non à une tâche, de crainte de se brouiller avec l'intervenant ou de susciter un rejet, exprime un accord avec une tâche à laquelle il ne donne pas suite.

Les manœuvres d'évitement

Le client peut aussi s'engager dans des manœuvres d'évitement pour réduire l'anxiété associée à une rupture de l'alliance. Par exemple, le client peut se protéger d'un sentiment de menace en ne répondant pas aux interventions ou en sautant d'un sujet à l'autre, empêchant ainsi l'intervenant d'explorer plus avant une question. Le client peut aussi ignorer complètement les remarques de l'intervenant, il peut arriver en retard, annuler un rendez-vous ou ne pas se présenter à une rencontre.

Les comportements qui rehaussent l'estime de soi, comme défense à une dévalorisation

Pendant le processus de rupture, les comportements du client se caractérisent parfois par des communications d'autojustification ou de valorisation de soi. Un client peut essayer de se justifier ou de se

défendre pour regagner une estime de soi perdue. D'autres exemples de comportements qui visent le rehaussement de l'estime de soi comprennent les tentatives du client pour gonfler son estime de soi en présentant des images positives de lui-même à l'intervenant. Par exemple, un client essaie de gonfler ses réalisations quand il se sent critiqué par l'intervenant. Le client peut protéger son estime de lui-même en attaquant l'intervenant par des remarques directes ou en le dévaluant subtilement par des sarcasmes.

La non-réponse à une intervention

Un dernier indice de la rupture de l'alliance est la non-réponse à l'intervention. Cet indice se caractérise par une séquence d'événements dans laquelle un client ne répond pas positivement à une intervention

particulière ou ne l'utilise pas. Par exemple, l'intervenant offre une interprétation que le client rejette ou tente de défier sans succès, ou encore, il n'utilise pas les moyens proposés qui ont fait l'objet préalable d'accord.

LES PRINCIPES POUR RESTAURER L'ALLIANCE

La restauration de l'alliance, à la suite d'une rupture de celle-ci, implique un échange entre le client et l'intervenant sur leur relation. C'est à l'intervenant qu'incombe la responsabilité d'être garant des principes qui guident ces échanges. Safran et al., (1990) décrivent cinq principes.

Porter attention aux ruptures de l'alliance

Porter attention aux ruptures de l'alliance s'avère une étape critique parce qu'elle amorce le processus

de sa restauration. Le client hésite souvent à communiquer un sentiment négatif à l'intervenant. Les indices de rupture présentés précédemment peuvent faciliter le processus.

Être conscient de ses propres sentiments

La conscience de ses propres sentiments est une étape critique pour plusieurs raisons. Les sentiments de l'intervenant peuvent servir de baromètre pour évaluer la qualité de la relation. Si le client se sent suffisamment en sécurité pour permettre à l'intervenant d'entrer dans son monde intérieur, l'intervenant devrait éprouver un sentiment de véritable empathie pour lui. L'absence d'une telle expérience peut indiquer une rupture de l'alliance. De plus, les sentiments de l'intervenant peuvent donner des informations importantes qui lui serviront



pour échanger avec le client sur leur relation. Enfin, l'identification précise de ses propres sentiments est une partie importante de l'acceptation de ses responsabilités. Si l'intervenant s'avère incapable d'identifier ses propres sentiments avec précision, des facteurs inconscients biaiseront sa relation. Par exemple, un intervenant qui est en colère contre son client, et qui est inconscient de ce sentiment, peut le communiquer de façon subtile en punissant le client. Être conscient de ses sentiments ne peut se dissocier de l'analyse des réactions émotives de l'intervenant face au client et à ses diverses difficultés relationnelles. C'est ce que nous nommons l'analyse de son contre-transfert.

Accepter ses responsabilités

La reconnaissance par l'intervenant de son rôle dans la relation est l'une des composantes les plus importantes pour résoudre les bris de l'alliance. En effet, lorsqu'il y a une rupture de l'alliance thérapeutique, le client et l'intervenant deviennent prisonniers de leurs positions. Ils essaient tous les deux de les justifier. Par exemple, un intervenant et un client s'engagent dans une lutte pour décider d'un sujet de discussion. Dans une tentative de parler avec le

l'interaction et reconnaît ses responsabilités, le client peut plus facilement concevoir le processus d'exploration comme une activité de collaboration. La situation a de fortes chances de passer d'une dynamique de confrontation à une dynamique de partenariat. Parler de la rupture comme « de notre problème » plutôt que « de votre problème » permet de commencer à développer une connivence et éventuellement de restaurer la rupture de l'alliance.

Manifester de l'empathie pour l'expérience du client

En plus de reconnaître sa responsabilité dans l'interaction, il peut être utile que l'intervenant manifeste au client une compréhension empathique. Si l'intervenant est capable de manifester, de façon adéquate, de l'empathie pour l'expérience du client pendant une rupture de l'alliance et de communiquer sa compréhension, le client peut se sentir compris et trouver qu'il est plus facile de commencer à explorer ce qui se passe dans l'intervention. En plus de se sentir compris, une réponse empathique adéquate peut aider le client à identifier ses propres sentiments, ce dont il n'est pas toujours pleinement conscient. Généralement, quand l'intervenant

nuire à sa résolution. Cette situation peut se produire lorsque le client se sent traité avec condescendance, comme si les réponses empathiques de l'intervenant signifiaient qu'il s'agit du problème du client plutôt que d'un problème partagé.

Maintenir la condition d'observateur participant

Quand l'intervenant a commencé à parler de la relation intervenant-client, il est vital qu'il maintienne sa condition d'observateur participant. Les intervenants font souvent l'erreur de devenir prisonnier d'un cycle interpersonnel dysfonctionnel après avoir amorcé le processus d'échange sur leur relation avec le client. Une telle attitude devrait favoriser une métacommunication - soit une communication sur leur communication.

Le repérage des bris de l'alliance apparaît comme une condition indispensable à un accompagnement de qualité. Outre l'observation et l'observation participante, les intervenants disposent d'un outil concret qui mesure la qualité de l'alliance thérapeutique soit l'IAT : l'Inventaire de l'alliance thérapeutique.

L'IAT

L'une des façons d'évaluer l'alliance thérapeutique est l'utilisation de l'IAT - l'Inventaire de l'alliance thérapeutique. Une bonne évaluation de l'alliance thérapeutique permettra le repérage des bris de l'alliance et le développement de bonnes stratégies de sa restauration.

Mais d'abord, qu'est-ce que l'IAT - l'Inventaire de l'alliance thérapeutique? En anglais, Working Alliance Inventory (WAI), a d'abord été conçu pour les besoins de la recherche par Horvath (1989). Traduit par Baillargeon et Leduc (2002), cet outil devient en français l'Inventaire de l'alliance thérapeutique (IAT).

LA RECONNAISSANCE PAR L'INTERVENANT DE SON RÔLE DANS LA RELATION EST L'UNE DES COMPOSANTES LES PLUS IMPORTANTES POUR RÉSOUDRE LES BRIS DE L'ALLIANCE.

client de ce qui se passe, l'intervenant dit : « J'ai l'impression que vous essayez de contrôler la discussion ». Le client, qui s'engage dans le débat dans le dessein de maintenir son estime de soi, perçoit ce commentaire comme un blâme et éprouve un plus grand besoin de contrôler l'interaction pour maintenir son estime de soi. Si l'intervenant s'inclut dans la description de

devient capable de manifester une véritable empathie pour l'expérience intense et pénible du client, ce dernier cesse de se protéger pour s'ouvrir et explorer la situation.

Bien que la manifestation d'une compréhension empathique de l'expérience du client facilite souvent la résolution d'une brisure de l'alliance, dans certains cas, elle peut

Il s'agit d'un questionnaire comportant 36 items mesurés sur une échelle de type Likert à sept points d'ancrage (1 = Jamais, 7 = Toujours). Cet instrument a été construit à partir de la définition de l'alliance de Bordin (1979) et comprend trois sous-échelles :

- La qualité du lien;
- L'accord sur les objectifs;
- L'accord sur les tâches.

Les scores à l'échelle globale varient entre 12 et 84; plus le score est élevé, plus l'alliance est forte.

L'IAT comprend deux formulaires : l'un évalue l'alliance thérapeutique du point de vue du client et le second, du point de vue de l'intervenant. Les auteurs ont mené une expérimentation avec l'ensemble des spécialistes en activités cliniques de la Direction des services de réadap-

d'activités du quotidien ou liées à des programmes cliniques spécialisés. Ils accompagnent des sujets à travers des moments de vie en mode individuel ou de groupe. Ils occupent une fonction de substitut parental, par exemple dans les soins à donner et en incarnant l'autorité. Ils agissent également comme médiateurs dans la gestion des conflits. À travers ces différents rôles, ils permettent aux sujets de mettre en pratique ce qu'ils sont en train d'apprendre et, éventuellement, à généraliser cet apprentissage à d'autres situations de vie.

Cet ensemble de rôles augmente la difficulté de repérer les bris de la relation thérapeutique, et par conséquent, complique la tâche dans la restauration de l'alliance. Pourquoi l'alliance est-elle brisée? Est-ce dû au rôle d'autorité assumé lors d'une présence? Est-ce dû au manque

outil servant à des fins de recherche, mais devient, entre les mains des intervenants, un outil clinique.

Chaque accompagnateur passait l'IAT et le faisait passer à son jeune de suivi. Ce qui intéressait les auteurs, c'était l'utilisation clinique que les intervenants pouvaient en faire. Dans l'expérimentation que les intervenants ont faite avec leurs clients, il a été constaté que l'utilisation de cet outil comme moyen de mise en interaction permet un travail clinique et augmente la qualité de l'alliance thérapeutique dans ses trois dimensions : objectif, tâches et lien thérapeutique.

Concrètement, la comparaison des deux résultats – celui du client et celui de l'intervenant – devient un moment de discussion sur les résultats comparatifs et sur le pourquoi de ces différences et de ces convergences. Par exemple, « tiens, nous n'avons pas le même score sur les objectifs. Comment comprends-tu cela? Qu'est-ce que nous n'avons pas compris de la même façon? Comment pourrions-nous réviser cela pour être d'accord sur l'objectif poursuivi? »

IL A ÉTÉ CONSTATÉ QUE L'UTILISATION DE CET OUTIL COMME MOYEN DE MISE EN INTERACTION PERMET UN TRAVAIL CLINIQUE ET AUGMENTE LA QUALITÉ DE L'ALLIANCE THÉRAPEUTIQUE DANS SES TROIS DIMENSIONS : OBJECTIF, TÂCHES ET LIEN THÉRAPEUTIQUE.

tation à l'enfance et aux adolescentes (DSREA). Pierre Baillargeon est venu former les intervenants à l'alliance thérapeutique, à la reconnaissance des bris et ruptures de l'alliance, aux mécanismes de restauration et à la passation de l'IAT. Il y a eu ensuite discussion en séminaire clinique afin que les participants s'approprient le contenu et réfléchissent à son utilisation avec la clientèle.

Ces thérapeutes du quotidien travaillent en situation de vécu partagé, ce qui recèle des possibilités particulières. Ils remplissent divers rôles au cours de leur travail clinique. Ils sont des organisateurs

d'empathie lors de la dernière rencontre d'accompagnement? Est-ce dû à un transfert négatif dont l'intervenant est l'objet, mais sans en connaître les raisons? On le voit, la situation est fort complexe.

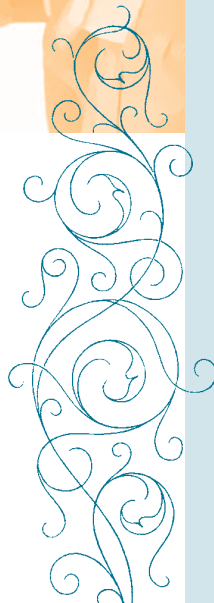
C'est lors de ces séminaires qu'a surgi l'idée d'utiliser l'IAT comme moyen de mise en interaction. Selon le modèle psychoéducatif, les moyens de mise en interaction sont l'ensemble des façons dont un psychoéducateur peut accompagner un sujet de manière à le mettre en relation avec les éléments du réel et avec lui-même (Puskas, Caouette, Dessureault et Mailloux, 2012). Ainsi, l'IAT n'est pas seulement un

Il importe que l'intervenant anime ce moment dans un esprit qui favorise le plus possible l'affirmation du point de vue du client. Si le client est capable de bien affirmer son point de vue, une plus grande adhésion de celui-ci aux objectifs de son plan d'intervention est concevable. Et si celui-ci s'affirme pour faire valoir un autre point de vue, c'est là une belle occasion de négociation et de clarification de notre mandat, par exemple. Durant l'expérimentation, des commentaires de clients à la passation de l'IAT ont été recueillis. Certains apparaissent particulièrement significatifs. Ils se sentent directement impliqués et considérés. Ils disent qu'ils éprouvent un

sentiment de contrôle et de pouvoir sur leur plan d'intervention. L'IAT devient un levier clinique qui crée un espace de communication où les clients peuvent affirmer leurs besoins et intérêts. Il crée ainsi une métacommunication entre le client et l'intervenant. Ce dernier est alors plus à même de repérer les bris de l'alliance – on peut en discuter avec le principal intéressé - et d'élaborer des stratégies concrètes de restauration.

Conclusion

L'alliance thérapeutique est un concept incontournable dans un accompagnement clinique de qualité. La maîtrise par les intervenants des différents éléments qui y sont associés, tels que : la création de l'alliance, son maintien, le repérage des bris de l'alliance et les stratégies de sa restauration permettent d'améliorer la qualité de cette alliance. L'utilisation de l'IAT s'avère un outil supportant concrètement l'intervenant dans cette tâche. <



Note

Les termes : "système client" et "système intervenant" réfèrent au fait que le client n'est pas seul, au Centre jeunesse : c'est généralement une famille – un système familial; même chose pour le système intervenant : c'est une équipe d'intervenants avec son chef, des conseillers, un réviseur. Le système client et le système intervenant forment le système thérapeutique.

Références bibliographiques

- Baillargeon, P. et A. Leduc (2002). *Inventaire de l'alliance thérapeutique (IAT)*. Trois-Rivières, Université du Québec à Trois-Rivières.
- Safran, J.D., Crocker, P., McMain, S. et P. Murray (1990). « Therapeutic alliance rupture as a therapy event for empirical investigation », *Psychotherapy*, vol. 27, 154-165.
- Florsheim, P., Shotorbani, S., Guest-Warnick, G., Barratt, T. et W.-C. Hwang (2000). « Role of the working alliance in the treatment of delinquent boys in community-based programs », *Journal of Clinical Child Psychology*, vol. 29, 94-107.
- Bordin, E. (1979). « The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance », *Psychotherapy: Theory, Research, and Practice*, vol. 16, 252-260.
- Horvath, A.O. et B.D. Symonds (1991). « Relation between working alliance and outcome in psychotherapy: A meta-analysis », *Journal of Counseling Psychology*, vol. 38, 139-149.
- Horvath, A.O. et L.S. Greenberg (1989). « Development and validation of the Working Alliance Inventory », *Journal of Counseling Psychology*, vol. 36, 223-233.
- Martin, D.J., Garske, M.J. et M.K. Davis (2000). « Relation of the therapeutic alliance with outcome and other variables: A meta-analytic review », *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, vol. 68, 438-450.
- Puskas D., Caouette M., Dessureault D. et C. Mailloux (2012). *L'accompagnement psychoéducatif*, Béliveau Éditeur, p.63.
- Samstag, L.W., Batchelder, S., Muran, J.C., Safran, J.D. et A. Winston (1998). « Predicting treatment failure from in-session interpersonal variables », *Journal of Psychotherapy Practice and Research*, vol. 5, 126-143.