

UNIVERSITÉ TOULOUSE III – PAUL SABATIER
FACULTÉS DE MÉDECINE

ANNÉE 2015

2015 TOU3 1557

THÈSE

POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PSYCHIATRIE

Présentée et soutenue publiquement
par

Amélie COURNEDE

Le 21 septembre 2015

**L'alliance thérapeutique : concept théorique et stratégies de mise en
pratique en psychothérapie d'enfants-adolescents.**

Directeurs de thèse : Pr Jean-Philippe RAYNAUD, Mme Gesine STURM

JURY

Monsieur le Professeur Christophe ARBUS	Président
Monsieur le Professeur Jean-Philippe RAYNAUD	Assesseur
Monsieur le Professeur Philippe BIRMES	Assesseur
Madame le Docteur Katia JOURNOT-REVERBEL	Assesseur
Madame le Docteur Barbara BERNHEIM	Suppléant
Monsieur le Docteur Loïc LOIDREAU	Membre invité
Madame Gesine STURM	Membre invitée



TABLEAU du PERSONNEL HU
des Facultés de Médecine de l'Université Paul Sabatier
au 1^{er} septembre 2014

Professeurs Honoraires

Doyen Honoraire	M. ROUGE D.	Professeur Honoraire	M. SALVADOR M.
Doyen Honoraire	M. LAZORTHES Y.	Professeur Honoraire	M. BAYARD
Doyen Honoraire	M. CHAP H.	Professeur Honoraire	M. LEOPHONTE
Doyen Honoraire	M. GUIRAUD-CHAUMEIL B.	Professeur Honoraire	M. FABIE
Professeur Honoraire	M. COMMANAY	Professeur Honoraire	M. BARTHE
Professeur Honoraire	M. CLAUD	Professeur Honoraire	M. CABARROT
Professeur Honoraire	M. ESCHAPASSE	Professeur Honoraire	M. DUFFAUT
Professeur Honoraire	Mme ENJALBERT	Professeur Honoraire	M. ESCAT
Professeur Honoraire	M. GEDEON	Professeur Honoraire	M. ESCANDE
Professeur Honoraire	M. PASQUIE	Professeur Honoraire	M. PRIS
Professeur Honoraire	M. RIBAUT	Professeur Honoraire	M. CATHALA
Professeur Honoraire	M. ARLET J.	Professeur Honoraire	M. BAZEX
Professeur Honoraire	M. RIBET	Professeur Honoraire	M. VIRENQUE
Professeur Honoraire	M. MONROZIES	Professeur Honoraire	M. CARLES
Professeur Honoraire	M. DALOUS	Professeur Honoraire	M. BONAFÉ
Professeur Honoraire	M. DUPRE	Professeur Honoraire	M. VAYSSE
Professeur Honoraire	M. FABRE J.	Professeur Honoraire	M. ESQUERRE
Professeur Honoraire	M. DUCOS	Professeur Honoraire	M. GUITARD
Professeur Honoraire	M. GALINIER	Professeur Honoraire	M. LAZORTHES F.
Professeur Honoraire	M. LACOMME	Professeur Honoraire	M. ROQUE-LATRILLE
Professeur Honoraire	M. BASTIDE	Professeur Honoraire	M. CERENE
Professeur Honoraire	M. COTONAT	Professeur Honoraire	M. FOURNIAL
Professeur Honoraire	M. DAVID	Professeur Honoraire	M. HOFF
Professeur Honoraire	Mme DIDIER	Professeur Honoraire	M. REME
Professeur Honoraire	M. GAUBERT	Professeur Honoraire	M. FAUVEL
Professeur Honoraire	Mme LARENG M.B.	Professeur Honoraire	M. FREXINOS
Professeur Honoraire	M. BES	Professeur Honoraire	M. CARRIERE
Professeur Honoraire	M. BERNADET	Professeur Honoraire	M. MANSAT M.
Professeur Honoraire	M. GARRIGUES	Professeur Honoraire	M. BARRET
Professeur Honoraire	M. REGNIER	Professeur Honoraire	M. ROLLAND
Professeur Honoraire	M. COMBELLES	Professeur Honoraire	M. THOUVENOT
Professeur Honoraire	M. REGIS	Professeur Honoraire	M. CAHUZAC
Professeur Honoraire	M. ARBUS	Professeur Honoraire	M. DELSOL
Professeur Honoraire	M. PUJOL	Professeur Honoraire	M. ABBAL
Professeur Honoraire	M. ROCHICCIOLI	Professeur Honoraire	M. DURAND
Professeur Honoraire	M. RUMEAU	Professeur Honoraire	M. DALY-SCHWEITZER
Professeur Honoraire	M. BESOMBES	Professeur Honoraire	M. RAILHAC
Professeur Honoraire	M. GUIRAUD	Professeur Honoraire	M. POURRAT
Professeur Honoraire	M. SUC	Professeur Honoraire	M. QUERLEU D.
Professeur Honoraire	M. VALDIGUIE	Professeur Honoraire	M. ARNE JL
Professeur Honoraire	M. BOUNHOURE	Professeur Honoraire	M. ESCOURROU J.
Professeur Honoraire	M. PONTONNIER	Professeur Honoraire	M. FOURTANIER G.
Professeur Honoraire	M. CARTON	Professeur Honoraire	M. LAGARRIGUE J.
Professeur Honoraire	Mme PUEL J.	Professeur Honoraire	M. PESSEY JJ.
Professeur Honoraire	M. GOUZI		
Professeur Honoraire associé	M. DUTAU		
Professeur Honoraire	M. PONTONNIER		
Professeur Honoraire	M. PASCAL		

Professeurs Émérites

Professeur LARROUY	Professeur JL. ADER
Professeur ALBAREDE	Professeur Y. LAZORTHES
Professeur CONTE	Professeur L. LARENG
Professeur MURAT	Professeur F. JOFFRE
Professeur MANELFE	Professeur J. CORBERAND
Professeur LOUVET	Professeur B. BONEU
Professeur SARRAMON	Professeur H. DABERNAT
Professeur CARATERO	Professeur M. BOCCALON
Professeur GUIRAUD-CHAUMEIL	Professeur B. MAZIERES
Professeur COSTAGLIOLA	Professeur E. ARLET-SUAU
	Professeur J. SIMON

P.U. - P.H.
Classe Exceptionnelle et 1ère classe

M. ADOUE D.	Médecine Interne, Gériatrie
M. AMAR J.	Thérapeutique
M. ATTAL M. (C.E)	Hématologie
M. AVET-LOISEAU H	Hématologie, transfusion
M. BLANCHER A.	Immunologie (option Biologique)
M. BONNEVILLE P.	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie
M. BOSSAVY J.P.	Chirurgie Vasculaire
M. BRASSAT D.	Neurologie
M. BROUSSET P. (C.E)	Anatomie pathologique
M. BUGAT R. (C.E)	Cancérologie
M. CARRIE D.	Cardiologie
M. CHAP H. (C.E)	Biochimie
M. CHAUVEAU D.	Néphrologie
M. CHOLLET F. (C.E)	Neurologie
M. CLANET M. (C.E)	Neurologie
M. DAHAN M. (C.E)	Chirurgie Thoracique et Cardiaque
M. DEGUINE O.	O. R. L.
M. DUCOMMUN B.	Cancérologie
M. FERRIERES J.	Epidémiologie, Santé Publique
M. FOURCADE O.	Anesthésiologie
M. FRAYSSE B. (C.E)	O.R.L.
M. IZOPET J. (C.E)	Bactériologie-Virologie
Mme LAMANT L.	Anatomie Pathologique
M. LANG T.	Biostatistique Informatique Médicale
M. LANGIN D.	Nutrition
M. LAUQUE D. (C.E)	Médecine Interne
M. LIBLAU R. (C.E)	Immunologie
M. MAGNAVAL J.F.	Parasitologie
M. MALAUAUD B.	Urologie
M. MANSAT P.	Chirurgie Orthopédique
M. MARCHOU B.	Maladies Infectieuses
M. MONROZIES X.	Gynécologie Obstétrique
M. MONTASTRUC J.L. (C.E)	Pharmacologie
M. MOSCOVICI J.	Anatomie et Chirurgie Pédiatrique
Mme MOYAL E.	Cancérologie
Mme NOURHASHEMI F.	Gériatrie
M. OLIVES J.P. (C.E)	Pédiatrie
M. OSWALD E.	Bactériologie-Virologie
M. PARINAUD J.	Biol. Du Dévelop. et de la Reprod.
M. PERRRET B (C.E)	Biochimie
M. PRADERE B. (C.E)	Chirurgie générale
M. RASCOL O.	Pharmacologie
M. RECHER Ch.	Hématologie
M. RISCHMANN P. (C.E)	Urologie
M. RIVIERE D. (C.E)	Physiologie
M. SALES DE GAUZY J.	Chirurgie Infantile
M. SALLES J.P.	Pédiatrie
M. SERRE G. (C.E)	Biologie Cellulaire
M. TELMON N.	Médecine Légale
M. VINEL J.P. (C.E)	Hépatogastro-entérologie

P.U. - P.H.
2ème classe

Mme BEYNE-RAUZY O.	Médecine Interne
M. BIRMES Ph.	Psychiatrie
M. BROUCHET L.	Chirurgie thoracique et cardio-vascul
M. BUREAU Ch	Hépatogastro-entéro
M. CALVAS P.	Génétique
M. CARRERE N.	Chirurgie Générale
Mme CASPER Ch.	Pédiatrie
M. CHAIX Y.	Pédiatrie
Mme CHARPENTIER S.	Thérapeutique, méd. d'urgence, addict
M. COGNARD C.	Neuroradiologie
M. DE BOISSEZON X.	Médecine Physique et Réadapt Fonct.
M. FOURNIE B.	Rhumatologie
M. FOURNIE P.	Ophthalmologie
M. GAME X.	Urologie
M. GEERAERTS T.	Anesthésiologie et réanimation chir.
Mme GENESTAL M.	Réanimation Médicale
M. LAROCHE M.	Rhumatologie
M. LAUWERS F.	Anatomie
M. LEOBON B.	Chirurgie Thoracique et Cardiaque
M. MAZIERES J.	Pneumologie
M. MOLINIER L.	Epidémiologie, Santé Publique
M. OLIVOT J-M	Neurologie
M. PARANT O.	Gynécologie Obstétrique
M. PARIENTE J.	Neurologie
M. PATHAK A.	Pharmacologie
M. PAUL C.	Dermatologie
M. PAYOUX P.	Biophysique
M. PAYRASTRE B.	Hématologie
M. PORTIER G.	Chirurgie Digestive
M. PERON J.M.	Hépatogastro-entérologie
M. RONCALLI J.	Cardiologie
M. SANS N.	Radiologie
Mme SAVAGNER F.	Biochimie et biologie moléculaire
Mme SELVES J.	Anatomie et cytologie pathologiques
M. SOL J-Ch.	Neurochirurgie

P.U.

M. OUSTRIC S.	Médecine Générale
---------------	-------------------

P.U. - P.H.

Classe Exceptionnelle et 1ère classe

M. ACAR Ph.	Pédiatrie
M. ALRIC L.	Médecine Interne
M. ARLET Ph. (C.E)	Médecine Interne
M. ARNAL J.F.	Physiologie
Mme BERRY I.	Biophysique
M. BOUTAULT F. (C.E)	Stomatologie et Chirurgie Maxillo-Faciale
M. BUSCAILL L.	Hépatogastro-Entérologie
M. CANTAGREL A.	Rhumatologie
M. CARON Ph. (C.E)	Endocrinologie
M. CHAMONTIN B. (C.E)	Thérapeutique
M. CHAVOIN J.P. (C.E)	Chirurgie Plastique et Reconstructive
M. CHIRON Ph.	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie
Mme COURTADE SAIDI M.	Histologie Embryologie
M. DELABESSE E.	Hématologie
Mme DELISLE M.B. (C.E)	Anatomie Pathologie
M. DIDIER A.	Pneumologie
M. ELBAZ M.	Cardiologie
M. GALINIER M.	Cardiologie
M. GERAUD G.	Neurologie
M. GLÖCK Y.	Chirurgie Cardio-Vasculaire
M. GOURDY P.	Endocrinologie
M. GRAND A. (C.E)	Epidémiol. Eco. de la Santé et Prévention
Mme HANAIRE H. (C.E)	Endocrinologie
M. KAMAR N.	Néphrologie
M. LARRUE V.	Neurologie
M. LAURENT G. (C.E)	Hématologie
M. LEVADE T.	Biochimie
M. MALECAZE F. (C.E)	Ophthalmologie
Mme MARTY N.	Bactériologie Virologie Hygiène
M. MASSIP P.	Maladies Infectieuses
M. PLANTE P.	Urologie
M. RAYNAUD J-Ph.	Psychiatrie Infantile
M. RITZ P.	Nutrition
M. ROCHE H. (C.E)	Cancérologie
M. ROSTAING L. (C.E)	Néphrologie
M. ROUGE D. (C.E)	Médecine Légale
M. ROUSSEAU H.	Radiologie
M. SALVAYRE R. (C.E)	Biochimie
M. SCHMITT L. (C.E)	Psychiatrie
M. SENARD J.M.	Pharmacologie
M. SERRANO E. (C.E)	O. R. L.
M. SOULIE M.	Urologie
M. SUC B.	Chirurgie Digestive
Mme TAUBER M.T.	Pédiatrie
M. VELLAS B. (C.E)	Gériatrie

P.U. - P.H.

2ème classe

M. AGGADBLE F.	Chirurgie Infantile
Mme ANDRIEU S.	Epidémiologie
M. ARBUS Ch.	Psychiatrie
M. BERRY A.	Parasitologie
M. BONNEVILLE F.	Radiologie
M. BUJAN L.	Uro-Andrologie
Mme BURA-RIVIERE A.	Médecine Vasculaire
M. CHAYNES P.	Anatomie
M. CHAUFOUR X.	Chirurgie Vasculaire
M. CONSTANTIN A.	Rhumatologie
M. DELOBEL P.	Maladies Infectieuses
Mme DULY-BOUHANICK B.	Thérapeutique
M. COURBON	Biophysique
M. DAMBRIN C.	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire
M. DEGRAMER S.	Pédiatrie
M. DELORD JP.	Cancérologie
M. GALINIER Ph.	Chirurgie Infantile
M. GARRIDO-STÓWHAS I.	Chirurgie Plastique
Mme GOMEZ-BROUCHET A.	Anatomie Pathologique
M. GROLLEAU RAOUX J.L.	Chirurgie plastique
Mme GUIMBAUD R.	Cancérologie
M. HUYGHE E.	Urologie
M. LAFOSSE JM.	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie
M. LEGUEVAQUE P.	Chirurgie Générale et Gynécologique
M. MARCHEIX B.	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire
M. MARQUE Ph.	Médecine Physique et Réadaptation
Mme MAZEREEUW J.	Dermatologie
M. MINVILLE V.	Anesthésiologie Réanimation
M. MUSCARI F.	Chirurgie Digestive
M. OTAL Ph.	Radiologie
M. ROLLAND Y.	Gériatrie
M. ROUX F.E.	Neurochirurgie
M. SAILLER L.	Médecine Interne
M. SOULAT J.M.	Médecine du Travail
M. TACK I.	Physiologie
M. VAYSSIERE Ch.	Gynécologie Obstétrique
M. VERGEZ S.	O.R.L.
Mme URO-COSTE E.	Anatomie Pathologique

M.C.U. - P.H.

M. APOIL P. A	Immunologie
Mme ARNAUD C.	Epidémiologie
M. BIETH E.	Génétique
Mme BONGARD V.	Epidémiologie
Mme CASPAR BAUGUIL S.	Nutrition
Mme CASSAING S.	Parasitologie
Mme CONCINA D.	Anesthésie-Réanimation
M. CONGY N.	Immunologie
Mme COURBON	Pharmacologie
Mme DAMASE C.	Pharmacologie
Mme de GLISEZENSKY I.	Physiologie
Mme DELMAS C.	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme DE-MAS V.	Hématologie
M. DUBOIS D.	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme DUGUET A.M.	Médecine Légale
M. DUPUI Ph.	Physiologie
Mme FILLAUX J.	Parasitologie
M. GANTET P.	Biophysique
Mme GENNERO I.	Biochimie
Mme GENOUX A.	Biochimie et biologie moléculaire
M. HAMDI S.	Biochimie
Mme HITZEL A.	Biophysique
M. IRIART X.	Parasitologie et mycologie
M. JÁLBERT F.	Stomato et Maxillo Faciale
M. KIRZIN S.	Chirurgie générale
Mme LAPEYRE-MESTRE M.	Pharmacologie
M. LAURENT C.	Anatomie Pathologique
Mme LE TINNIER A.	Médecine du Travail
M. LOPEZ R.	Anatomie
M. MONTOYA R.	Physiologie
Mme MOREAU M.	Physiologie
Mme NOGUEIRA M.L.	Biologie Cellulaire
M. PILLARD F.	Physiologie
Mme PRERE M.F.	Bactériologie Virologie
Mme PUISSANT B.	Immunologie
Mme RAGAB J.	Biochimie
Mme RAYMOND S.	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme SABOURDY F.	Biochimie
Mme SAUNE K.	Bactériologie Virologie
M. SILVA SIFONTES S.	Réanimation
M. SOLER V.	Ophthalmologie
M. TAFANI J.A.	Biophysique
M. TREINER E.	Immunologie
Mme TREMOLLIÈRES F.	Biologie du développement
M. TRICOIRE J.L.	Anatomie et Chirurgie Orthopédique
M. VINCENT C.	Biologie Cellulaire

M.C.U. - P.H.

Mme ABRAVANEL F.	Bactério. Virologie Hygiène
M. BES J.C.	Histologie - Embryologie
M. CAMBUS J.P.	Hématologie
Mme CANTERO A.	Biochimie
Mme CARFAGNA L.	Pédiatrie
Mme CASSOL E.	Biophysique
Mme CAUSSE E.	Biochimie
M. CHASSAING N.	Génétique
Mme CLAVE D.	Bactériologie Virologie
M. CLAVEL C.	Biologie Cellulaire
Mme COLLIN L.	Cytologie
M. CORRE J.	Hématologie
M. DEDOUIT F.	Médecine Légale
M. DELPLA P.A.	Médecine Légale
M. DESPAS F.	Pharmacologie
M. EDOUARD T.	Pédiatrie
Mme ESQUIROL Y.	Médecine du travail
Mme ESCOURROU G.	Anatomie Pathologique
Mme GALINIER A.	Nutrition
Mme GARDETTE V.	Epidémiologie
M. GASQ D.	Physiologie
Mme GRARE M.	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme GUILBEAU-FRUGIER C.	Anatomie Pathologique
Mme GUYONNET S.	Nutrition
Mme INGUENEAU C.	Biochimie
M. LAHARRAGUE P.	Hématologie
M. LAIREZ O.	Biophysique et médecine nucléaire
M. LEANDRI R.	Biologie du dével. et de la reproduction
M. LEPAGE B.	Biostatistique
Mme MAUPAS F.	Biochimie
M. MIEUSSET R.	Biologie du dével. et de la reproduction
Mme PERIQUET B.	Nutrition
Mme NASR N.	Neurologie
Mme PRADDAUDE F.	Physiologie
M. RIMAILHO J.	Anatomie et Chirurgie Générale
M. RONGIERES M.	Anatomie - Chirurgie orthopédique
Mme SOMMET A.	Pharmacologie
M. TKACZUK J.	Immunologie
M. VALLET P.	Physiologie
Mme VEZZOSI D.	Endocrinologie

M.C.U.

M. BISMUTH S.	Médecine Générale
Mme ROUGE-BUGAT ME	Médecine Générale
Mme ESCOURROU B.	Médecine Générale

Maitres de Conférences Associés de Médecine Générale

Dr STILLMUNKES A.
Dr BRILLAC Th.
Dr ABITTEBOUL Y.
Dr CHICOU LAA B.

Dr BISMUTH M
Dr BOYER P.
Dr ANE S.

Remerciements

Au Président de Jury de Thèse,

**Monsieur le Professeur Christophe ARBUS
Professeur des universités
Praticien hospitalier
Psychiatrie**

Vous me faites l'honneur de présider ce jury et évaluer mon travail.

Je vous suis reconnaissante pour votre présence ce soir et votre disponibilité auprès des internes.

Au Directeur de thèse,

**Monsieur le Professeur Jean-Philippe RAYNAUD
Professeur des Universités
Praticien Hospitalier
Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent**

Vous m'avez fait l'honneur d'accepter la co-direction de mon travail de thèse.

Je vous remercie pour vos enseignements, votre sympathie, votre accessibilité, vos anecdotes, au cours de ma formation d'internat.

A ma directrice de thèse,

**Madame Gesine STURM
Maître des conférences, département Clinique du Sujet
Responsable pédagogique Master 1**

Je te remercie pour ces réflexions menées ensemble, pour ton regard de spécialiste en psychothérapie, et j'espère que ce travail aidera l'équipe des consultations d'ethnopsychiatrie pour enfant-adolescent de La Grave dans leur projet d'étude.

Aux personnes que j'affectionne particulièrement,

A ma famille, toute ma famille, qui m'a aidée et soutenue, de près comme de loin, depuis le début de ces études de médecine, mais surtout depuis le début de ma vie.

A ma mère. Simplement pour être ma mère, simplement comme elle est... *suffisamment bonne !*

A Gaylord, qui a su me supporter lors de cette dernière étape, qui sait m'aimer et surtout me rend heureuse et comblée. A notre vie qui commence !

A toutes les personnes que j'ai rencontrées pendant mon internat et m'ont aidées à devenir ce psychiatre que je vais être aujourd'hui, et bien plus...

A mes co-internes, devenues mes amies, qui m'ont appris à persévérer, mais aussi à profiter !

A mes collègues de travail, médecins et infirmiers, qui m'ont appris cette posture professionnelle d'équipe, mais pas seulement.

A mes patients, qui m'ont appris la souffrance, l'impuissance, mais aussi la patience et l'émerveillement.

A mamie Antoinette, trop impatiente pour avoir pu attendre de me voir diplômée.

Table des matières

Introduction :	11
1. L'alliance thérapeutique :	13
1.1. Historique :	13
1.1.1. Freud et le pacte psychanalytique, années 1920 :.....	13
1.1.2. Sterba et la dissociation du moi, 1934 :.....	14
1.1.3. Zetzel et l'alliance thérapeutique, 1956 :.....	14
1.1.4. Greenson et la relation réelle, 1965 :.....	15
1.1.5. Contexte scientifique des années 1970 :.....	16
1.2. Définition de l'alliance thérapeutique de Bordin :	17
1.2.1. Dimension trans-théorique de l'alliance:.....	17
1.2.2. Dimension tripartite de l'alliance :.....	17
1.2.3. Dimension dynamique de l'alliance :.....	19
1.2.4. Dimension collaborative de l'alliance :.....	19
1.2.5. Les autres définitions de l'alliance thérapeutique :.....	19
1.3. Les échelles de mesure et les résultats de recherche:	21
1.3.1. Les échelles de mesure :.....	21
1.3.1.1. Vanderbilt scales :.....	22
1.3.1.2. Pennsylvania alliance scales :.....	22
1.3.1.3. California psychotherapy alliance scale, CALPAS :.....	23
1.3.1.4. Working alliance inventory, WAI :.....	24
1.3.2. L'association entre l'alliance thérapeutique et les résultats de la psychothérapie :.....	25
1.4. Dynamique de l'alliance thérapeutique:	26
1.4.1. Formation des ruptures:.....	26
1.4.2. Types de rupture :.....	27
1.4.3. Intensité des ruptures:.....	29
1.4.4. Evaluation des ruptures :.....	29
1.4.5. Rôle du thérapeute sur la dynamique de l'alliance :.....	29
1.4.6. Influence de la dynamique de l'alliance sur les résultats:.....	31
1.5. Caractéristiques et compétences du patient et du thérapeute :	32
1.5.1. Le patient :.....	32
1.5.1.1. La motivation au changement, un facteur intra-psychique:.....	33
1.5.1.2. La relation d'objet comme facteur intrapsychique :.....	34
1.5.1.3. Le type d'attachement comme facteur intrapsychique :.....	35
1.5.1.4. Les compétences interpersonnelles du patient :.....	36
1.5.1.5. Le diagnostic :.....	37
1.5.1.6. Conclusion :.....	37
1.5.2. Le thérapeute :.....	38
1.5.2.1. Les caractéristiques du thérapeute :.....	38
1.5.2.2. L'alliance, un processus thérapeutique en lui-même pouvant s'apprendre ?.....	39
1.5.2.3. Adaptation du thérapeute à l'alliance:.....	41
1.5.3. L'interaction patient-thérapeute :.....	43
1.6. Conclusion sur l'alliance thérapeutique :	44
2. Apport des différentes théories psychothérapeutiques au concept d'alliance thérapeutique :	45
2.1. Apport de l'approche centrée sur la personne au concept d'alliance:	45
2.1.1. L'approche centrée sur la personne :.....	45
2.1.2. L'alliance thérapeutique et l'approche centrée sur la personne:.....	47

2.2. Apport de la psychanalyse au concept d'alliance :	48
2.2.1. La psychanalyse développée par Freud :	48
2.2.1.1. L'appareil psychique :	48
2.2.1.2. Les pulsions :	49
2.2.1.3. Développement de la fonction sexuelle :	50
2.2.1.4. Les qualités psychiques :	51
2.2.1.5. Le rêve :	51
2.2.1.6. La technique psychanalytique :	52
2.2.1.6.1. Le contrat rationnel:	53
2.2.1.6.2. Le transfert :	54
2.2.1.6.3. Les résistances :	55
2.2.1.6.4. Le contre-transfert :	55
2.2.2. L'alliance thérapeutique et la psychanalyse :	58
2.3. Apport de la théorie de l'attachement au concept d'alliance :	60
2.3.1. La théorie de l'attachement :	60
2.3.1.1. Définition générale :	60
2.3.1.2. Le système motivationnel d'attachement :	61
2.3.1.3. Le système motivationnel de <i>caregiving</i> :	62
2.3.2. L'alliance thérapeutique et la théorie de l'attachement :	63
2.4. Apport des thérapies systémiques au concept d'alliance :	65
2.4.1. Les thérapies systémiques :	65
2.4.1.1. Définitions générales :	65
2.4.1.2. La compétence des familles, Ausloos :	65
2.4.1.3. Le concept de résonance, Elkaim :	67
2.4.1.4. La psychothérapie intégrative centrée sur le problème de Pinsof :	68
2.4.2. L'alliance thérapeutique et les thérapies systémiques:	70
2.5. Apport des thérapies cognitivo-comportementales au concept d'alliance:	71
2.5.1. Thérapies cognitivo-comportementales :	71
2.5.2. L'alliance thérapeutique et les thérapies cognitivo-comportementales :	73
2.6. Conclusion :	74
3. <u>L'alliance thérapeutique en psychothérapie de l'enfant et de l'adolescent :</u>	74
3.1. Psychothérapie de l'enfant et de l'adolescent :	75
3.1.1. Généralités :	75
3.1.2. Spécificités :	77
3.1.2.1. Développement de l'enfant-adolescent :	77
3.1.2.2. L'enfant, l'adolescent, adressé par un tiers en psychothérapie :	82
3.1.2.3. Les parents :	82
3.1.2.4. Les autres intervenants :	83
3.2. L'alliance thérapeutique en psychothérapie de l'enfant et de l'adolescent :	84
3.2.1. Généralités :	84
3.2.2. Les stratégies d'amélioration de l'alliance thérapeutique en psychothérapie d'enfant-adolescent :	86
3.2.2.1. Modèle théorique sur les facteurs relationnels en thérapie familiale et en thérapie de l'enfant-adolescent :	86
3.2.2.2. Stratégies issues des thérapies cognitivo-comportementales:	89
3.2.2.2.1. La théorie des scripts et la résolution de problèmes :	90
3.2.2.2.2. L'entretien motivationnel :	92
3.2.2.2.3. Gérer l'ambivalence :	93
3.2.2.3. Stratégies en lien avec la théorie de l'attachement :	94
3.2.2.3.1. L'ajustement réciproque :	94
3.2.2.3.2. Stratégies face aux ressentis négatifs du thérapeute :	95
3.3. L'exemple du protocole d'accueil du Centre Médico-Psycho-Pédagogique de Cugnaux :	97
3.3.1. Problématique:	98

3.3.2.	Description du protocole :.....	98
3.3.3.	Avantages :	99
3.3.4.	Limites :	100
3.3.5.	Stratégies favorisant l’alliance thérapeutique :.....	100
3.3.5.1.	Favoriser l’alliance avec les parents et l’enfant-adolescent séparément :	100
3.3.5.2.	Favoriser l’alliance thérapeutique au sein de l’équipe du CMPP :	101
3.3.5.3.	Favoriser l’alliance avec les partenaires :	101
3.3.5.4.	Favoriser l’alliance dans sa globalité avec la famille :	101
3.4.	Conclusion :	102
Conclusion :		103
Bibliographie		106

Introduction :

Les prémices du concept d'alliance thérapeutique se situent dans les écrits de Freud (1922, 1924, 1938, 1953), sans pour autant que le terme y soit nommé. L'alliance a progressivement pris de l'importance dans les écrits psychanalytiques toujours, sous la plume de Sterba (1934), Zetzel (1956), Greenson (1965, 1971).

De plus, dans les années 1970, la recherche scientifique en psychothérapie bat son plein, et parvient à la conclusion selon laquelle toutes les psychothérapies ont une efficacité similaire, quelles que soient les bases théoriques sur lesquelles elles s'appuient, et qu'elles ont cependant une efficacité supérieure au fait de n'entreprendre aucun traitement. La question se pose alors de l'existence de facteurs communs aux thérapies, garantissant leur succès.

Par ailleurs, Rogers (1957), propose dans sa théorie de l'approche centrée sur la personne, que certaines conditions, que sont la considération positive inconditionnelle et la compréhension empathique, offertes par le thérapeute au patient lors d'une thérapie, sont suffisantes à initier un changement.

C'est dans ce contexte que Bordin (1979), élabore le concept de l'alliance thérapeutique en tant que facteur commun à toutes les psychothérapies, garantissant le changement thérapeutique.

L'alliance thérapeutique est un concept trans-théorique. Elle n'appartient à aucune théorie, mais sa présence indéniable lors d'une thérapie, permet l'activation du processus thérapeutique spécifique, quelle que soit la théorie de référence.

Dans la définition de Bordin, l'alliance thérapeutique est composée de trois critères : l'accord mutuel sur les tâches thérapeutiques (*task*), l'accord mutuel sur les objectifs de la thérapie (*goal*), et la relation affective (*bond*).

L'alliance thérapeutique est dynamique. Elle n'est pas figée et est faite de cycles de ruptures et réparations tout au long de la thérapie. Ces cycles sont dépendants du processus thérapeutique en jeu dans la thérapie et sont un des initiateurs du changement. Ils permettent le maintien d'une alliance de bonne qualité. Les ruptures peuvent prendre la forme de retrait ou de confrontation, et les réparer implique que le thérapeute se focalise non pas sur la rupture elle-même mais sur les difficultés sous-jacentes du patient.

L'alliance thérapeutique implique une collaboration entre le thérapeute et le patient, où chacun est actif dans son rôle propre.

A l'origine de l'élaboration de ce concept, se trouve chez Bordin, un souci d'uniformisation de l'évaluation des différentes psychothérapies afin de faire progresser la recherche scientifique à ce niveau. En effet, l'évaluation de l'alliance est possible par la passation d'échelles par le patient, le thérapeute ou un observateur externe.

Finalement, de nombreux cliniciens et chercheurs (Luborsky, Horvath, Muran, Safran, Gaston, Marmar, Henry, Strupp, Raue, Goldfried, Shirk, Karver, 1994) ont approfondi le concept et ont développé leurs propres définitions et échelles d'évaluation, le plus souvent en adaptant le concept de Bordin à la théorie à laquelle ils se réfèrent. Il s'avère que toutes les études et méta-analyses évaluant ce facteur commun, malgré les différences de définition, concluent qu'une alliance de bonne qualité est associée à de bons résultats de la thérapie, avec un lien significatif et modéré.

Grace à un intérêt grandissant au concept d'alliance thérapeutique, celui-ci s'est enrichi et approfondi ; et le mécanisme par lequel l'alliance est associée au changement est de mieux en mieux compris et appréhendé. L'approche centrée sur la personne, la psychanalyse, la théorie de l'attachement, les thérapies systémiques et les thérapies cognitivo-comportementales ont chacune apporté leur pierre à l'édifice.

Enfin, des cliniciens et chercheurs en psychothérapie d'enfants-adolescents, se sont intéressés au concept d'alliance, qui s'avère tout autant primordial qu'en psychothérapie d'adulte, malgré les spécificités rencontrées en thérapie d'enfants-adolescents.

En effet, les enfants-adolescents sont en cours de développement psychique et de ce fait en cours d'acquisition de certaines compétences relationnelles indispensables dans la formation d'une relation thérapeutique, et ils ne sont souvent pas conscients de leurs difficultés. Les enfants-adolescents sont souvent amenés par un tiers en thérapie et ne sont que peu motivés à un éventuel changement. Enfin, les enfants-adolescents sont dépendants de leur famille et leur professeur et d'autres partenaires, il est donc indispensable d'attribuer à toutes ces personnes une place particulière dans la thérapie.

Ces spécificités des enfants-adolescents semblent, d'une part, compliquer l'élaboration de l'alliance thérapeutique avec l'enfant-adolescent en thérapie, et d'autre part, impliquent la nécessité de construire des alliances thérapeutiques avec chacun des membres de la famille de l'enfant-adolescent en thérapie ainsi que les autres partenaires.

Certains auteurs (Karver, Handelsman, Fields, Bickman, 2005 ; Di Giuseppe, Linscott, Jilton, 1996 ; Hervé, Maury, 2004 ; Rusconi, Serpa, 2009) ont développé des stratégies en lien avec leurs bases théoriques, visant à favoriser spécifiquement les différentes alliances thérapeutiques nécessaires lors d'une psychothérapie d'enfant-adolescent, et donc d'améliorer les résultats.

Le protocole d'accueil du Centre Médico-Psycho-Pédagogique de Cugnax en est également un bel exemple. En effet, bien que l'équipe n'ait pas utilisé le concept d'alliance thérapeutique pour mettre au point ce protocole, nous pouvons a posteriori voir à quel point ce protocole d'accueil des familles, avant toute thérapie, favorise l'élaboration de différentes alliances thérapeutiques.

1. L'alliance thérapeutique :

1.1. Historique :

Le concept d'alliance thérapeutique est trans-théorique, mais il prend ses racines dans la théorie psychodynamique. Freud, sans avoir utilisé le terme d'alliance, a, pour la première fois, défini une relation de collaboration entre le thérapeute et le patient. Par la suite, le terme d'alliance apparaît avec différentes définitions selon les auteurs, mais décrit toujours la relation thérapeutique entre le thérapeute et le patient.

1.1.1. Freud et le pacte psychanalytique, années 1920 :

Pour Freud, « *Le médecin analyste et le moi affaibli du malade doivent, étayés sur le monde extérieur réel, former un parti contre les ennemis... Nous concluons ensemble un contrat. Le moi malade nous promet la plus totale sincérité, c.-à-d. la libre disposition de tout le matériau que lui livre son autoperception, nous lui assurons la plus stricte discrétion, et mettons à son service notre expérience... Si le moi malade doit être un allié de valeur dans notre travail commun, il faut qu'il se soit gardé, malgré toute l'instante pression des puissances qui lui sont hostiles, une certaine mesure de cohérence, une part d'intelligence des exigences de la réalité effective.* » (Freud, « Abrégé de psychanalyse », 1953, p. 71.)

Freud, dans ses écrits élabore le rôle et la fonction du transfert après avoir remarqué tout le paradoxe de la situation de début de thérapie : le processus thérapeutique active chez le

patient des défenses qui devraient entraîner l'arrêt prématuré de la thérapie par le patient ; pourtant, dans le cadre des thérapies qui fonctionnent, le patient poursuit avec thérapeute à la recherche ses problématiques. Pour Freud, le patient et le thérapeute s'engagent tous les deux dans une collaboration où chacun accepte son rôle ; cet engagement conscient dans la part du patient est différent de la relation transférentielle que s'établira par la suite.

1.1.2. Sterba et la dissociation du moi, 1934 :

Sterba (1934) émet l'hypothèse de l'apparition d'une dissociation du moi lors d'une psychanalyse. D'un côté se trouve le moi raisonnable, le moi en lien avec la réalité, le moi qui analyse intellectuellement les éléments ; de l'autre côté se trouve le moi en lien avec l'inconscient, le moi en lien avec les éléments transférentiels, les affects. Cette dissociation s'opère lorsque l'analyste donne au patient des explications sur les premiers signes du transfert et des résistances qui apparaissent. A travers ces explications, un nouveau point de vue intellectuel, dénué d'affect, émerge pour le sujet ; des éléments provenant d'expériences affectives, du moi en lien avec l'inconscient, se déplacent vers une explications intellectuelle, vers le moi en lien avec la réalité. Chaque interprétation diminue la partie de moi liée à l'inconscient en faveur de la partie intellectuelle. Cependant, pour que cela opère, il faut qu'un transfert positif se soit élaboré, et donc qu'une certaine identification à l'analyste se soit établie. Par la suite, il faut que le patient coopère avec le thérapeute contre quelque chose en lui. En d'autres termes, le moi raisonnable du patient est appelé à coopérer avec le thérapeute contre le moi en lien avec l'inconscient. Pour Sterba, la capacité du patient à travailler au succès de l'intervention est primordiale.

1.1.3. Zetzel et l'alliance thérapeutique, 1956 :

Zetzel (1956), introduit la première, le terme d'alliance thérapeutique. Pour elle, le moi a des fonctions primaires de contrôle et de neutralisation d'énergies instinctuelles, et est donc primordial lors de l'analyse. Elle différencie la névrose de transfert, considérée comme une manifestation de la résistance ; du transfert en tant qu'alliance thérapeutique défini par le degré de maturité des fonctions du moi et qui est un prérequis à l'analyse. L'efficacité de l'analyse dépend du transfert en tant qu'alliance. Dans ce cas, l'interprétation des manifestations transférentielles et donc défensives est primordiale dans le processus thérapeutique, mais l'interprétation de matériels inconscients est également efficace si une bonne alliance thérapeutique a été élaborée. La régression, par exemple, est considérée

comme une manifestation de la résistance, un mécanisme de défense utilisé par le moi du patient dans le cadre de la névrose de transfert ; et l'analyse de cette régression et ses potentiels dangers, dépendent de la capacité du moi à élaborer et maintenir une bonne alliance thérapeutique. Le transfert en tant qu'alliance est considéré comme un type de relation à part entière lors de l'analyse. L'alliance thérapeutique est basée sur l'identification du patient à l'analyste.

1.1.4. Greenson et la relation réelle, 1965 :

Greenson (1965, 1971) différencie deux types de relation lors qu'une psychothérapie :

- le transfert : qu'il définit comme étant tous les sentiments, réactions, attitudes, fantasmes, envers l'analyste, qui sont une répétition de sentiments et réactions adressés à une personne de l'enfance. Le transfert est une répétition non sélective du passé, il est inapproprié dans le présent, et ignore ou modifie la réalité.
- La *real relationship*, relation réelle : comme toutes les relations d'objet, c'est aussi une répétition du passé ; dans une moindre mesure. C'est une relation sélective, discriminante en terme de ce qui est répété. Elle est modifiable par la réalité interne et externe. La relation réelle est authentique, réaliste et appropriée.

La différenciation de ces deux types de relation n'est pas absolue. Des éléments transférentiels peuvent se retrouver dans la relation réelle et vice versa. De plus, les deux coexistent lors d'une analyse et même au sein d'une même séance. Il est nécessaire que l'analyste se connaisse bien lui-même et connaisse son patient, afin de différencier les phénomènes provenant du transfert de ceux provenant de la relation réelle.

Pendant l'analyse, une grande partie du moi du patient expérimente la relation transférentielle, et une petite partie du moi rationnel, reste à l'écart, observe ; ce qui a pour conséquences que le patient vive ses réactions et sentiments transférentiels comme étant authentiques ; le transfert n'est donc pas strictement irrationnel, fantasmatique et peut aussi être sincère et authentique, comme l'est la relation réelle. L'authenticité n'est donc pas systématiquement une caractéristique de la relation réelle.

Le patient de son côté, doit être en capacité d'établir une relation interpersonnelle relativement raisonnable avec l'analyste pour élaborer une alliance de travail. L'élément principal dont dépend cette alliance est bien la relation réelle que le patient et l'analyste construisent. L'alliance s'établit entre le moi raisonnable du patient et le moi analysant de l'analyste. L'alliance dépend de la motivation du patient, de sa volonté rationnelle à coopérer et de sa capacité à suivre les instructions de l'analyste. Ce lien dépend également de la

capacité du patient à s'identifier partiellement à l'analyste et son approche dont l'objectif est de comprendre le comportement du patient. Cependant, certains éléments du transfert contribuent également à cette alliance.

Tous les patients peuvent avoir des phénomènes transférentiels mais seulement ceux qui ont la capacité de créer une relation réelle avec l'analyste sont analysables. Sinon ils nécessitent d'effectuer une thérapie préparatoire qui consiste à construire cette relation d'objet.

Quant à l'analyste, il doit faire attention à ne pas négliger la relation réelle, aux risques que le patient arrête prématurément l'analyse, du fait de sentiments d'incompréhension, d'humiliation, de non considération.

Lorsque le patient fait une remarque sur la personnalité, ou sur une erreur de l'analyste, c'est un élément de la relation réelle, et il est important que l'analyste reconnaisse que le patient a raison en admettant son erreur ou son trait de caractère (positif ou négatif) ; pour lui permettre de différencier progressivement réalité et transfert dans ses sentiments. De plus cela renforce sa capacité à établir des relations d'objet et permet à l'analyste également de montrer un comportement honnête, ce qui est une composante essentielle de la relation réelle.

La relation réelle rend possible le travail d'analyse et permet de ne pas arrêter une analyse prématurément lorsque le transfert devient négatif. La relation réelle doit être présente à un certain degré pour endurer le long et douloureux travail d'analyse.

1.1.5. Contexte scientifique des années 1970 :

Dans les années 1970-1980, de nombreuses études débattent sur les processus permettant le changement thérapeutique et on assiste à une succession d'évaluations des psychothérapies. Il est finalement conclu qu'il est très difficile de mettre en évidence une différence d'efficacité entre les principales thérapies, qui sont cependant plus efficaces que l'absence de prise en charge (Luborsky, Singer, Luborsky, 1975, Simth, Glass, 1977, Stiles, Shapiro, Elliott, 1986, cités par Horvath, Luborsky, 1993 ; Wamplod, 2001 et Lambert, Ogles, 2004 cités par Despland 2006).

Par ailleurs, Rogers (1957), dans sa théorie d'approche centrée sur la personne (qui sera détaillée dans le chapitre suivant), pense que les conditions offertes par le thérapeute sont les facteurs nécessaires et suffisants à obtenir de bons résultats thérapeutiques. Cependant, cette hypothèse s'avère difficilement généralisable avec les études (Mitchell, Bozart, Kraft, 1977 et Orlinsky, Howard, 1986 cités par Horvath, Luborsky 1993), qui montrent que c'est la

perception qu'a le patient des qualités du thérapeute qui sont liées aux résultats plutôt que les qualités elles-mêmes.

Chercheurs et psychothérapeutes se trouvent donc en difficulté. D'un côté les différentes thérapies obtiennent des résultats similaires, d'un autre côté, aucun facteur commun à ces différentes théories n'est apparemment envisageable. La communauté scientifique tente alors d'étudier les relations entre le processus psychothérapeutique et l'évolution des patients, de rendre compte des modalités précises de changement observées au cours d'un traitement, et de comprendre le processus même de changement.

C'est dans ce contexte que Bordin, Luborsky, Horvath, vont s'intéresser aux variables communes aux différentes théories psychothérapeutiques et développer le concept d'alliance thérapeutique.

1.2. Définition de l'alliance thérapeutique de Bordin :

1.2.1. Dimension trans-théorique de l'alliance:

L'alliance thérapeutique, ou alliance de travail, est définie par Bordin (1979, 1994) comme étant le facteur commun à toutes les psychothérapies, garantissant leur succès. Il se base sur différentes théories psychothérapeutiques (la psychanalyse, l'approche centrée sur la personne, les thérapies cognitivo-comportementales) pour établir un concept unique dépassant ces théories et permettant de comprendre le processus thérapeutique de changement.

Bordin, 1979 : « *Je propose que l'alliance de travail entre une personne qui cherche à changer et une personne qui offre d'être un agent de changement, est une des clés, si ce n'est pas la clé du processus de changement. L'alliance de travail peut être définie et élaborée de façon à être applicable universellement...* » (Traduction AC de Bordin, 1979, p. 1).

1.2.2. Dimension tripartite de l'alliance :

D'après Bordin (1979, 1994), l'alliance se décompose en trois dimensions:

- l'accord sur les tâches: *task*: Les tâches thérapeutiques sont des activités spécifiques dans lesquelles les partenaires vont s'engager pour initier ou faciliter le changement, pour atteindre les objectifs fixés. Ces tâches représentent des propositions d'action pour le patient. Le patient, comme le thérapeute, doivent percevoir ces tâches comme efficaces, et chacun doit accepter sa responsabilité dans leur réalisation. C'est le thérapeute qui fournit les tâches à réaliser en fonction de ses propres bases théoriques, mais le patient doit pouvoir en comprendre leur

pertinence pour rester un partenaire actif. Par exemple, dans une thérapie cognitivo-comportementale, les tâches se réfèrent aux comportements et cognitions conseillés pour atteindre les objectifs fixés. Au cours d'une psychanalyse, la libre association, la narration des rêves représentent des tâches proposées au patient par le thérapeute. Bordin dit : « *Quand je parle des tâches thérapeutiques, je me réfère aux activités spécifiques dans lesquelles les partenaires s'engagent pour initier ou faciliter le changement. Une manière de différencier les psychothérapies se voit dans les types d'activités prescrites. Ces prescriptions représentent des propositions d'action pour le patient (pratiquer différentes façons d'agir, avec le thérapeute dans le rôle d'entraîneur)* » (Traduction AC de Bordin, 1994, p.16)

- l'accord sur les objectifs de la thérapie: *goals*: Les objectifs sont la cible finale de la thérapie. Il est important que le patient et le thérapeute approuvent tous deux les buts de la thérapie pour le patient, qu'ils soient nommés en termes de diminution de symptômes, de comportement particulier à atteindre, de décision à prendre, de meilleure compréhension de son propre fonctionnement...
- la relation affective: *bond*: Le concept de la relation affective englobe le faisceau de liens et d'attachements personnels positifs entre le patient et le thérapeute, cela inclut une confiance mutuelle, une acceptation de l'autre, un respect mutuel, un cadre confidentiel, et une compréhension de la thérapie. Bordin écrit « *La compatibilité entre les partenaires est exprimée et ressentie en termes de confiance, de respect, l'un pour l'autre ; et un engagement commun, une compréhension partagée dans l'activité. La nature spécifique de la relation affective varie en tant que fonction de l'activité partagée.* » (Traduction AC de Bordin, 1994, p16).

Pour Bordin (1979, 1994), la qualité de l'alliance thérapeutique dépend non seulement de l'ampleur avec laquelle le patient et le thérapeute parviennent à collaborer sur les tâches et les objectifs thérapeutiques, mais également de la qualité de la relation affective.

Les trois composantes sont interdépendantes, en effet, la qualité du lien affectif entre le thérapeute et le patient est la base sur laquelle les partenaires s'appuient pour négocier les tâches et les objectifs de la thérapie, et ces derniers influencent la qualité de la relation par leur évolution.

1.2.3. Dimension dynamique de l'alliance :

D'après Bordin (1979), l'alliance thérapeutique est un processus dynamique fait de ruptures et de réparations au cours de la thérapie. Il est important que le patient et le thérapeute travaillent au bon maintien de l'alliance tout au long de la thérapie, elle n'est ni acquise ni figée. (Cela sera étudié dans les paragraphes suivants)

1.2.4. Dimension collaborative de l'alliance :

La notion de collaboration est primordiale pour Bordin (1979, 1994). Il est important que le patient et le thérapeute forment un partenariat contre la souffrance du patient.

Pour Bordin, le patient doit sentir un pouvoir partagé entre lui et le thérapeute au cours de la thérapie. Ce sentiment de collaboration et de participation à la thérapie entraînent un sentiment de sécurité et un pouvoir d'action, essentiels au développement de la confiance entre le patient et le thérapeute.

A la base de cette collaboration se trouve une compréhension mutuelle. Le patient et le thérapeute doivent tous deux avoir compris et être en accord avec les tâches et les objectifs de la thérapie.

Cela implique donc, selon Bordin (1994), deux étapes primordiales : La recherche minutieuse et attentive, avec le patient des objectifs de changement, qui donne par ailleurs, une bonne indication des difficultés du patient, de ses souffrances en lien avec son histoire. La seconde étape est la négociation explicite et détaillée des tâches et objectifs. L'élaboration de l'alliance passe donc par une co-construction entre le patient et le thérapeute.

Cependant, le thérapeute ne partage pas tout son savoir, ses hypothèses avec le patient ; la compréhension n'est donc pas parfaitement équilibrée et cela doit être anticipé par le thérapeute pour ne pas nuire à l'alliance.

1.2.5. Les autres définitions de l'alliance thérapeutique :

Bien que le concept de Bordin soit le plus utilisée, il n'existe pas de définition consensuelle de l'alliance thérapeutique. D'une part, cela permet aux chercheurs et cliniciens d'intégrer l'alliance dans leur propre conception du processus thérapeutique, et par conséquent de pouvoir l'utiliser. Mais d'autre part, cela a finalement entraîné l'élaboration d'un grand nombre d'échelles d'évaluation qui reflètent chacune un concept différent ; ayant malgré tout des similitudes. (Horvath, 2011)

Luborsky (1976) définit l'alliance thérapeutique comme une entité dynamique et non statique, responsable de l'évolution des demandes au cours de la thérapie. Il suggère qu'elle se développe en deux phases :

- Le type 1 de l'alliance, plutôt présent en début de thérapie, naît de l'espoir et la croyance que le patient a envers le thérapeute en tant que source d'aide ; et de l'attitude du thérapeute en terme de chaleur, et soutien de la relation. Cette forme d'alliance est plus passive, et implique plus de dépendance de la part du patient. Cette alliance qui s'établit en début de thérapie, apparaît dotée d'un pouvoir prédictif plus important que l'alliance moyenne entre plusieurs séances ou l'alliance mesurée au milieu du processus thérapeutique.
- Le type 2 découle de l'investissement et la croyance du patient dans le processus thérapeutique lui-même. Cette alliance représente le sentiment d'efficacité qu'a le patient vis-à-vis d'un travail en commun pour lutter contre ses difficultés. Cette forme d'alliance apparaît plus tard dans la thérapie. Elle représente un travail commun dans la lutte contre les souffrances du patient, une responsabilité partagée dans l'atteinte des objectifs de la thérapie. C'est une forme active de coopération entre le thérapeute et le patient dans laquelle le patient devient pratiquement un co-thérapeute.

Luborsky (1993) estime qu'il existe un continuum entre ces deux types d'alliance, et que tous les degrés intermédiaires peuvent se voir. Pour lui, un patient n'a pas toujours le même type d'alliance, cela peut varier en fonction des moments de la thérapie, du type de problématique qui est travaillée.

Pour Safran et Muran (1994, 2006, 2011), par exemple, l'alliance thérapeutique est à voir en termes de négociation plutôt que de collaboration ; de processus interpersonnel, dynamique qui dépend de la relation thérapeutique. Pour eux, c'est un processus de négociation à plusieurs niveaux, conscient et inconscient. Safran et Muran ont surtout étudié l'aspect dynamique de l'alliance : les cycles de rupture et réparation, qui sont pour eux, l'évolution naturelle de l'alliance au cours d'une psychothérapie.

1.3. Les échelles de mesure et les résultats de recherche:

1.3.1. Les échelles de mesure :

Le concept d'alliance thérapeutique est extrêmement intéressant en recherche car il est mesurable. En effet il est possible de mesurer la qualité de l'alliance par des questionnaires, remplis par le patient, le thérapeute ou un observateur externe. La qualité de l'alliance thérapeutique peut être perçue comme un indicateur du niveau de collaboration au travail thérapeutique entre le patient et le thérapeute ; en d'autres termes, l'alliance mesure à quel point le thérapeute et le patient travaillent ensemble. (Horvath, 2011).

Cependant, comme il n'existe pas de consensus sur la définition, une multitude d'échelles d'évaluation a été développé.

Elvins, Grenn (2008) ont effectué un travail de comparaison des échelles les plus utilisées :

Certaines échelles sont le reflet d'un seul concept théorique ; comme *the pennsylvania alliance scale*, *the working alliance inventory*, *WAI*, *the california psychotherapy alliance scale*, *CALPAS*, *the therapeutic bond scale*, *TBS*. D'autres échelles sont au contraire basées sur plusieurs définitions de l'alliance : *the Vanderbilt therapeutic alliance scale*, *VTAS*, *the therapeutic alliance rating scale*, *TARS*.

Les échelles les plus utilisées sont : *WAI*, *CALPAS*, *Penn*, *VTAS*. Elles sont utilisées depuis plus de vingt ans. Leur validité interne est de haut niveau.

Dans le cadre des études évaluant l'alliance thérapeutique auprès d'enfants et adolescents, des échelles ont été spécifiquement élaborées : *the family engagement questionnaire*, *FEQ*, *the therapeutic alliance scale for children*, *TASC*. Il existe également des adaptations des échelles validées chez les adultes comme *the Penn*, *the VTAS*, *the Haq*, *the WAI*. Pour les études des psychothérapies d'enfants et adolescents, les échelles les plus fréquemment utilisées sont *the VTAS*, *the AWAI*, *the Penn*. (Elvins, Grenn, 2008).

Il est intéressant de noter également que certains auteurs ont mis au point des échelles adaptées à un contexte particulier, comme par exemple, la mise au point d'une échelle adaptée à la consultation mère-bébé, par l'équipe de Hervé en France (Hervé, 2008).

1.3.1.1. Vanderbilt scales :

Ces échelles ont été élaborées par Henry, Strupp et leurs collègues (1994) au sein de l'université de Vanderbilt. Pour leur élaboration, les auteurs se sont basés sur les définitions théoriques de l'alliance thérapeutique de Bordin, Greenson et Luborsky.

Dans un premier temps, l'échelle *Vanderbilt psychotherapy process scale, VPPS*, a été faite. Elle comporte 80 items décrivant la relation entre le patient et le thérapeute et le processus thérapeutique, elle ne décrit cependant pas spécifiquement l'alliance thérapeutique.

Alors l'échelle *Vanderbilt therapeutic alliance scale, VTAS* (Hartley, Strupp, 1983), a été élaborée. Elle comporte 44 items regroupés en trois sous-parties évaluant :

- Les contributions du thérapeute en 18 items
- Les contributions du patient en 14 items
- L'interaction entre le patient et le thérapeute en 12 items

L'étude utilisant pour la première fois cette échelle (Hartley, Strupp, 1983) a évalué le lien entre la force de l'alliance thérapeutique et les résultats dans une thérapie brève et les différences d'intensité de l'alliance au cours de la thérapie en fonction des résultats. L'échelle a été cotée sur les quinze premières minutes des cinq premières séances d'une psychothérapie, pour vingt-huit paires thérapeute-patient.

Les résultats montrent une alliance similaire quelques soient les résultats : bons, mauvais ou arrêt prématuré de la thérapie.

Pour les patients ayant fini leur thérapie, que les résultats soient bons ou mauvais, l'alliance décline au fil des séances ; alors que pour les patients arrêtant plus tôt leur thérapie, l'alliance croît, ce qui peut être expliqué par le fait que le thérapeute, sentant le déclin de la thérapie, s'investisse davantage.

1.3.1.2. Pennsylvania alliance scales :

Ces échelles ont été élaborées par Luborsky et ses collègues au sein de l'université de Pennsylvanie. Elles sont basées sur les concepts de l'alliance de type 1 (l'expérience faite par le patient d'un thérapeute apportant l'aide attendue) et type 2 (l'expérience faite par le patient d'une thérapie comme étant un processus de collaboration avec un objectif commun) de Luborsky.

Au fil des années, plusieurs échelles ont été élaborées, comme *the helping alliance counting signs method, HAcs*, 1976, *the Penn helping alliance rating method, HAR*, 1983. *The helping alliance questionnaire method, Haq*, 1985, est la plus utilisée de ces échelles, elle

comprend 8 items qui se réfèrent au type 1 de la définition de l'alliance et 3 items se référant au type 2.

Des versions pour le patient, le thérapeute et un observateur externe existent.
(Elvins, Green, 2008 ; Martin, Garske, Davis, 2000)

1.3.1.3. California psychotherapy alliance scale, CALPAS :

Elaborée par Marmar et son équipe dans les années 1990 (Gaston, Marmar, 1994); elle comprend 31 items pour la version du patient et 5 items pour la version du thérapeute et de l'observateur externe. Par la suite, a été développée une version comprenant 24 items.

L'échelle regroupe plusieurs concepts de l'alliance. Elle reflète l'alliance thérapeutique, l'alliance de travail, la capacité de compréhension et d'engagement du thérapeute, et l'accord du patient et du thérapeute sur les objectifs et les stratégies de la thérapie, dans les définitions qui suivent ; chaque dimension est évaluée dans une sous-partie de l'échelle :

- L'alliance thérapeutique est basée sur les travaux de Freud sur le transfert ; ainsi que sur la définition de Zetzel (qui a introduit ce terme d'alliance thérapeutique en tant qu'attachement, identification du patient au thérapeute). L'alliance thérapeutique reflète la dimension affective de la relation. Cette dimension est évaluée dans la sous-partie *PC Patient commitment*, qui cote :
 - o la confiance du patient dans le fait que des efforts seront source de changement ; la capacité du patient à faire des sacrifices financiers et en terme de temps ;
 - o sa confiance dans le thérapeute et dans la thérapie ;
 - o son investissement dans la thérapie malgré les moments douloureux ;
 - o sa capacité à aller au bout du processus thérapeutique.
- L'alliance de travail est basée sur les écrits de Sterba, (décrivant la nécessité d'une alliance entre le moi fonctionnel mature du patient et le thérapeute). L'alliance de travail reflète ici la dimension cognitive de la collaboration sur les tâches de la thérapie. Cette dimension est cotée dans la partie *PWC, patient working capacity*, qui évalue :
 - o la capacité du patient à observer ses propres réactions ;
 - o sa capacité à explorer les raisons du problème ;
 - o sa capacité à expérimenter des émotions ;
 - o sa capacité à travailler activement avec les commentaires du thérapeute.

- La capacité de compréhension et d'engagement du thérapeute reflète le rôle important du thérapeute dans l'élaboration de l'alliance. Cette définition est vue dans la partie *TUI, therapist understanding and involvement*, qui reflète :
 - o la capacité du thérapeute à comprendre le point de vue subjectif et les souffrances du patient ;
 - o sa capacité à accepter le patient, sans jugement aucun ; sa capacité à pointer les principales difficultés au patient ;
 - o sa capacité à aider le patient à surpasser ses problèmes ;
 - o sa capacité à agir avec tact ;
 - o sa capacité à ne pas mésuser la thérapie pour ses propres besoins.
- L'accord mutuel du patient et du thérapeute sur les objectifs et les stratégies de la thérapie est basé sur la définition de Bordin. Cette dimension, davantage cognitive, reflète la congruence des sentiments du patient et du thérapeute sur la façon dont le patient devra changer. Cette dernière dimension est cotée dans la partie *WSC, working strategy consensus*, qui évalue : la similarité des objectifs du patient et du thérapeute ; leurs efforts conjoints ; leur accord sur la façon d'aider autrui ; la façon dont les gens changent ; la façon dont se déroule une thérapie.

1.3.1.4. Working alliance inventory, WAI :

Elaborée par Horvath, Grennberg en 1989 (cité par Horvath, 1994, Elvins, Grenn 2008), cette échelle se base non seulement sur les trois dimensions de l'alliance décrites par Bordin (l'accord sur les tâches, l'accord sur les objectifs et la relation affective) ; mais également sur trois perspectives qui sont :

- les pensées et émotions propres du patient
- les sentiments du patient à propos de la qualité de l'interaction et de l'expérience du thérapeute
- les pensées et sentiments du patient sur la qualité de la relation entre lui et le thérapeute.

Il existe des versions pour le patient, le thérapeute et un observateur externe. L'échelle comprend 36 items. Il existe également une version courte qui comprend seulement 12 items. L'échelle a été traduite dans plusieurs langues.

Di Giuseppe (1996), a adapté cette échelle aux adolescents : *adolescent working alliance inventory*, *AWAI*, notamment en réécrivant les propositions pour aider à la compréhension des jeunes lecteurs âgés de 11 à 18 ans. (Horvath, 1994 ; Elvins, Grenn, 2008).

1.3.2. L'association entre l'alliance thérapeutique et les résultats de la psychothérapie :

Toutes les méta-analyses étudiant l'association entre l'alliance thérapeutique et les résultats de la psychothérapie montrent un lien significatif, modéré.

Dans la méta-analyse de Horvath et Symonds, 1991, ayant inclus 24 études, la taille-effet est de 0.26, significative.

Dans la méta-analyse de Martin, Garske et Davis, 2000, ayant inclus 58 études publiées et 21 non publiées, la taille-effet est de 0.22, également significative.

Enfin, la méta-analyse de Horvath, Del Re, Flückiger et Symonds, 2011, la plus récente, retrouve une taille-effet de 0.275 avec un intervalle de confiance compris entre 0.249 et 0.301 inclus. L'association est donc significative et modérée.

Cela signifie que la force de l'alliance thérapeutique est prédictive des résultats de la thérapie, et ce, quel que soit le mécanisme sous-jacent par lequel elle agit, (c'est-à-dire que l'alliance soit thérapeutique en elle-même, qu'elle ait des effets indirects sur les résultats ou qu'elle interagisse avec d'autres interventions), quelles que soient également les types de thérapies étudiées, quels que soient également les types de résultats observés.

Horvath (2011) propose cependant plusieurs facteurs modérateurs de cette association lors de ses méta-analyses :

- Les différentes échelles d'évaluation utilisées dans les études.
- La personne qui évalue l'alliance : le thérapeute, le patient ou un observateur extérieur.
- Le moment de la thérapie où l'alliance est évaluée.
- La mesure des résultats.
- Le type de thérapie.
- La source de la publication.

Dans chacune de ces catégories, le lien entre l'alliance thérapeutique et les résultats de la thérapie reste significatif mais il varie en intensité.

La multiplication des échelles d'évaluation, si elle a permis aux chercheurs ayant des bases théoriques différentes, d'inclure le concept d'alliance dans leurs réflexions ; entraîne finalement un biais dans l'évaluation de l'association entre l'alliance thérapeutique et les résultats, dans les méta-analyses.

La recherche scientifique dans le domaine de l'alliance thérapeutique, grâce aux échelles d'évaluation, a permis l'approfondissement du concept, et notamment au niveau de la dynamique de l'alliance et l'influence des caractéristiques du patient et du thérapeute sur l'alliance.

1.4. Dynamique de l'alliance thérapeutique:

1.4.1. Formation des ruptures:

Il semble, d'après de multiples études que l'alliance thérapeutique s'établisse tôt dans la thérapie, dans les toutes premières séances (Horvath, Symonds, 1991 ; Martin, Garske, Davis, 2000 ; Roten et *al.*, 2007 ; Horvath, Del Re, Fluckiger, Symonds, 2011).

Comme nous l'avons vu plus haut, pour Bordin, l'alliance thérapeutique est un processus dynamique fait de ruptures et de réparations au cours de la thérapie. Il propose que l'intensité de l'alliance varie normalement au cours de la thérapie et que la réparation de ces stress offre des possibilités thérapeutiques et joue un certain rôle dans le changement du patient. (Horvath, 2011)

Les cycles de rupture-réparation font parti de l'évolution naturelle de l'alliance. Un cycle peut avoir lieu pendant une seule séance ou au cours de la thérapie sur plusieurs séances.

Bordin (1994) en est arrivé à cette temporalité en partant d'une vision psychanalytique qu'il a élargie à la relation psychothérapeutique:

En psychanalyse, la pathologie va s'exprimer dans le transfert, prenant forme d'opposition et d'interférences avec le travail thérapeutique. C'est finalement le travail de penser ces éléments de résistance qui permet une évolution.

Si l'on généralise, on peut dire que les difficultés poussant une personne à consulter vont se manifester dans le processus de mise en place d'une relation de collaboration; ou dans le fait même de participer au travail psychothérapeutique.

La relation collaborative n'est pas un lieu où le patient vient simplement déposer les problèmes rencontrés dans sa vie quotidienne. Elle représente un processus de mise en sens

où le patient lutte contre ses problèmes avec le thérapeute, où il vient expérimenter de nouvelles capacités de réponse. Les mises en échec, les ruptures de la part du patient dans cette relation sont le reflet de ses difficultés, et s'atteler à leur réparation peut permettre au patient de changer ses schémas dysfonctionnels. Progressivement ce processus peut donc permettre au patient d'atteindre un nouveau mode de fonctionnement dans la relation thérapeutique dans un premier temps, puis dans la vie quotidienne, en dehors de la thérapie.

Bordin considère donc que les ruptures de l'alliance thérapeutique sont l'expression de la pathologie pour laquelle le patient débute une psychothérapie. Il est par conséquent primordial que le thérapeute les repère pour y mettre du sens et les réparer, en collaboration avec le patient.

L'étude de l'évolution de l'alliance au cours du traitement a donné des résultats différents suivant le point de vue adopté : lorsqu'on se base sur des moyennes, l'alliance montre relativement peu de changement au cours du temps, ou une augmentation de certaines composantes spécifiques uniquement. Par contre, l'examen de cas individuels montre un processus relativement fluide caractérisé par des séquences de rupture et de résolution.

1.4.2. Types de rupture :

Bordin (1994) différencie deux types de rupture selon le moment où elles apparaissent: lors de l'établissement de l'alliance thérapeutique; ou plus tard dans la thérapie, lorsque l'alliance a été bien établie.

Les ruptures peuvent également se classer suivant les dimensions de l'alliance thérapeutique :

- Un désaccord sur les tâches. Lorsque, par exemple, le patient estime que c'est important de passer du temps à raconter son histoire, son passé, alors que le thérapeute est plutôt focalisé sur l'ici et maintenant, dans une approche pragmatique.
- Un désaccord sur les objectifs. Lorsque, par exemple, le patient souhaite améliorer ses symptômes, comme l'anxiété, alors que le thérapeute pense plutôt à travailler sur des aspects plus profonds que les symptômes visibles.
- Une tension dans la relation affective. Lorsque par exemple, le patient se sent incompris par le thérapeute.

Ces trois types de rupture ne sont pas exclusifs et sont même interdépendants : un désaccord sur les objectifs peut entraîner un désaccord sur les tâches, puis l'impression du patient de ne pas être compris et donc une tension dans la relation. (Safran, Muran, Eubanks-Carter, 2011).

Safran et Muran (1994, 2006, 2011) définissent deux types de rupture : la rupture de retrait et la rupture de confrontation.

Selon eux, la rupture reflète la tension du patient entre ses besoins opposés d'individualisation et de relation. Dans les ruptures de retrait, le patient lutte pour la relation au prix de son besoin d'individuation. Dans les ruptures de confrontation, le patient négocie le conflit en favorisant le besoin d'individuation au détriment du besoin de relation. Chaque patient présente une prédominance pour un type de rupture. Cependant, les deux types de rupture peuvent apparaître pendant la thérapie avec un patient.

Les attitudes du patient pouvant signifier une rupture de retrait, peuvent être par exemple : le déni, des réponses minimales, des changements de sujets, l'intellectualisation, le fait de parler des autres ou de raconter des histoires.

Les ruptures de confrontation se manifesteraient plutôt par des plaintes de la part du patient, du thérapeute comme personne, du thérapeute comme compétent, des activités de la thérapie, d'être en thérapie, des paramètres de la thérapie, du progrès en thérapie.

Dumaine, Baillargeon (2002) ont réalisé une étude au *Centre jeunesse de Montréal*, visant à identifier les différents types de ruptures de l'alliance thérapeutique dans des thérapies d'adolescents, qui présentent des spécificités : les adolescents sont en cours de développement psychique et n'ont pas forcément conscience de leurs difficultés, ils ne sont donc pas dans une démarche de changement, ils sont souvent amenés par un tiers en thérapie; de plus les adolescents sont souvent en conflit avec leurs parents et dans l'opposition de ce qui peut leur être proposé. Dans ces conditions, l'élaboration de l'alliance peut être plus complexe que dans les thérapies d'adultes. 55 ruptures ont été observées, dont 42% de ruptures de retrait, 22% de ruptures de confrontation et 36% de ruptures atypiques. Parmi les ruptures atypiques, Ils ont différencié de nouveaux types : la manœuvre d'évitement, l'expression indirecte de sentiments négatifs ou hostiles, la complaisance, les comportements rehaussant l'estime de soi.

1.4.3. Intensité des ruptures:

Safran et Muran (2006, 2011) ajoutent une dimension d'intensité à la rupture. En effet, pour eux, elle peut se définir comme une tension dans la relation de collaboration entre le thérapeute et le patient, et dont l'intensité peut varier: allant d'une tension minime, dont les participants sont vaguement conscients, à un arrêt majeur de la collaboration, de la compréhension, ou de la communication. Une rupture n'est pas forcément nette et définitive.

1.4.4. Evaluation des ruptures :

Safran, Muran, Eubanks-Carter (2011) détaillent les différentes manières d'évaluer la présence des cycles de rupture et réparation de l'alliance thérapeutique, dans le cadre des thérapies d'adulte:

- PSQ : *postsession questionnaire*, effectué par le patient, qui comprend des items de l'échelle de l'alliance thérapeutique WAI, *working alliance inventory*.
- Comparer les différents scores d'une même échelle d'évaluation de l'alliance, remplie plusieurs fois tout au long de la thérapie, par le patient.
- RRS : *rupture reparation scale*, élaborée par Samstag, Safran et Muran.
- CIS : *collaborative interaction scale*, élaborée par Colli et Lingardi : Echelle remplie par un observateur externe, qui évalue donc les fluctuations provenant du patient et du thérapeute.
- 3RS : *rupture resolution rating system*, élaborée par Eubanks-Carter, Muran et Safran, utilisée par un observateur externe.

1.4.5. Rôle du thérapeute sur la dynamique de l'alliance :

Nous l'avons vu ci-dessus, Bordin considère la rupture comme conséquence de ce que le patient apporte en thérapie, de ses difficultés.

Pour Safran et *al.* (2011), la rupture peut également être le fait du thérapeute ; par un défaut d'empathie, une impasse thérapeutique, une incompréhension de la part du thérapeute.

Même si le rôle du thérapeute n'est pas clair en ce qui concerne les ruptures, il est certain qu'en ce qui concerne la réparation d'une rupture, le thérapeute a un rôle primordial à jouer.

Bordin (1994) pense que le thérapeute doit expliquer au patient cette temporalité de rupture-réparation. Cela facilite chez le patient la reconnaissance de ses propres éléments

dysfonctionnels intervenants dans la rupture; et ce d'autant plus qu'un comportement similaire et en lien avec l'objectif de changement a pu se produire par le passé, en dehors de la psychothérapie. Bordin nomme cette situation, le moment de vérité (« *moment of truth* ») dans le processus de changement : Le patient prend conscience de ses sentiments, comportements, ou habitudes conflictuelles, il expérimente l'attraction de ceux-ci et les confronte au besoin d'en essayer de nouveaux.

Horvath, Luborsky (1993) rejoignent Bordin lorsqu'il suggère que le patient apporte ses schémas relationnels dysfonctionnels au sein de la thérapie. Si le thérapeute répond de manière à confirmer ces schémas, alors le cycle est maintenu voire exacerbé. Si, au contraire, les schémas sont reconnus et examinés, alors, il devient possible de rompre le cercle et le patient peut se rendre compte de ses fonctionnements pathologiques. Par exemple, les sentiments négatifs du patient, l'évitement, la trop grande complaisance, peuvent être des signes d'une perturbation de l'alliance. Le thérapeute doit rester attentif à ces signaux, et faire preuve d'empathie et de soutien pour permettre au patient de prendre conscience de ses sentiments conflictuels.

Safran, Muran, Eubanks-Carter (2011), ont réalisé une étude sur l'impact de la supervision ou de l'entraînement du thérapeute à la résolution des ruptures, sur les résultats. Ils concluent que le fait que le thérapeute soit formé ou supervisé dans la résolution des ruptures de l'alliance thérapeutique, est positivement corrélé à une amélioration clinique des patients, avec une taille-effet forte de 0.52. Cependant, ils n'ont pas étudié la force de ce lien lorsque les thérapeutes ne sont pas spécifiquement formés ou supervisés.

Safran propose plusieurs stratégies thérapeutiques dans le but de réparer l'alliance, une fois les manifestations cliniques de la rupture repérées :

- Répéter l'indication thérapeutique : expliquée en début de thérapie, il peut être nécessaire de répéter l'indication thérapeutique en cours de traitement afin d'aider à diminuer les tensions relationnelles.
- Changer les tâches ou les objectifs : par cette intervention, le thérapeute répond à la rupture en lien avec un désaccord sur les tâches ou les objectifs en modifiant son comportement de sorte qu'il ait plus de sens pour le patient.
- Clarifier les incompréhensions de façon explicite.
- Explorer les thèmes relationnels associés aux raisons de la rupture : le fait de clarifier les facteurs sources de rupture, peut permettre d'explorer les difficultés relationnelles sous-jacentes.
- Faire le lien entre la rupture et certaines situations de la vie du patient.

- Apporter une nouvelle expérience relationnelle : dans certains cas, le thérapeute peut agir de manière à amener une nouvelle expérience relationnelle, un nouveau mode relationnel au patient, sans explorer de manière explicite les sens sous-jacents de l'interaction. Ceci est particulièrement utile lorsque le patient présente des difficultés à explorer la relation thérapeutique dans l'ici et maintenant.

Roten (2006) estime que dans la relation entre le patient et le thérapeute, certains décalages sont nécessaires pour que surviennent des changements. Dans ces moments où le thérapeute se refuse à suivre simplement son patient, l'équilibre relationnel est en quelque sorte cassé. Dans un deuxième temps, le décalage ainsi créé laisse la place pour un nouvel accordage, à un niveau différent. Le danger est autant dans l'absence de décalage que dans un décalage trop grand qui risque de conduire à la rupture.

1.4.6. Influence de la dynamique de l'alliance sur les résultats:

Safran et *al.* (2011) ont réalisé une méta-analyse étudiant l'association entre la présence d'épisodes de rupture-réparation et les résultats de la thérapie, ils élaborent les conclusions suivantes :

- La présence des épisodes de rupture-réparation est positivement corrélée à de bons résultats, avec une taille-effet modérée à 0.24.
- L'intensité de la rupture impacte sur les résultats : les ruptures de haute intensité sont associées à de mauvais résultats thérapeutiques.
- L'échec dans la résolution de la rupture est prédictif d'un arrêt prématuré du suivi.
- Lors de la thérapie entière, ou au sein d'une seule séance, les patients ont tendance à rapporter moins de fluctuations de l'alliance que les thérapeutes ou les observateurs externes, probablement car ils en sont moins conscients ou moins à l'aise pour les reconnaître.
- Les observateurs externes repèrent davantage de ruptures que les patients.

Roten (2007) étudie, dans deux cas cliniques de psychothérapie d'inspiration psychanalytique, l'évolution de l'alliance en lien avec l'évolution de la thérapie interprétée par le thérapeute.

Pour le premier cas qui évolue favorablement : L'alliance thérapeutique est jugée en moyenne comme plus haute par le patient que par le thérapeute. Par contre, le profil général est très similaire entre les deux évaluations, avec une légère augmentation de l'alliance en

début et fin de traitement. Les séquences de rupture et de résolution de l'alliance sont en moyenne congruentes entre le patient et le thérapeute. Patient et thérapeute semblent davantage accorder leur perception sur le processus (évolution de l'alliance au cours des séances) que sur le niveau général de l'alliance. Les épisodes de rupture-résolution correspondent à des mouvements relationnels clairement identifiables qui correspondent bien à des étapes importantes du processus thérapeutique spécifique et qui font sens pour le clinicien.

Pour le second cas dont les résultats sont peu favorables : A nouveau, l'alliance est jugée en moyenne comme plus haute par le patient. Contrairement au cas précédant, les profils entre les évaluations du patient et du thérapeute sont relativement différents, les fluctuations de l'alliance sont plus nombreuses et elle chute dans les dernières séances. La correspondance entre les épisodes de rupture-résolution et la perception clinique de mouvements relationnels par le clinicien est plus ténue.

1.5. Caractéristiques et compétences du patient et du thérapeute :

Henry et Strupp (1994) ont posé l'hypothèse qu'une psychothérapie est un processus interpersonnel, en considérant le thérapeute et le patient en tant que personnes à part entière avec leurs histoires relationnelles personnelles. Cela implique un modèle interactif, basé sur les contributions (comportements facilitateurs) du thérapeute et les capacités du patient à les accepter pour développer une alliance thérapeutique productive.

1.5.1. Le patient :

Horvath (1994) a établi de manière empirique que plusieurs facteurs émanant du patient influencent l'élaboration de l'alliance :

- Les compétences interpersonnelles : les relations sociales, familiales, les événements de vie stressants.
- Les dynamiques intra-personnelles ou caractéristiques psychologiques : compétences qui peuvent être décrites, selon la base théorique préférentielle, comme étant la motivation au changement d'un point de vue cognitivo-comportementaliste ; la qualité de la relation d'objets d'un point de vue psychanalytique ; et le type d'attachement selon la théorie de l'attachement.
- Le diagnostic : la sévérité des symptômes au début de la thérapie.

Plusieurs études (O'Malley, Suh, Sturpp, 1983 ; Gomes-Schwartz, 1978) ont montré que l'implication du patient dans la thérapie est un facteur prédictif de bons résultats. Cette dimension est évaluée par des adjectifs comme passif, spontané, inhibé, actif, défensif, hostile, intellectualisant, initiateur.

La capacité du patient à être activement impliqué dans le traitement semble donc un facteur important dans l'alliance.

1.5.1.1. La motivation au changement, un facteur intra-psychique:

La motivation au changement est une notion qui a été étudiée et développée par des auteurs (Proshaska, DiClemente, 1992 ; Cottraux, 2011 ; Digiuseppe et *al.*, 1996) se référant aux thérapies cognitivo-comportementales. Cette notion part du principe qu'il apparaît vain de vouloir changer un patient qui vient en thérapie simplement pour être pris en charge, sans véritable désir de changement. La motivation au changement est un paramètre intéressant à évaluer en début de thérapie.

En ce sens, Proshaska et *al.* (1992) ont élaboré le modèle intégratif de la maturité décisionnelle, qui implique la notion d'une plus ou moins grande motivation au changement, c'est-à-dire un engagement actif dans un effort de changement. Ils ont identifié cinq stades de base du changement :

- la pré-contemplation : le patient est à peine conscient des inconvénients du comportement indésirable ou problématique ; s'il a conscience d'un problème, il a tendance à considérer que celui-ci est créé par les autres ou par des circonstances extérieures. A ce stade, les processus de changement résultent de facteurs externes ; la maladie, les phases de la vie et le changement physique ou social peuvent établir une pression sur l'individu telle qu'il soit pratiquement obligé de considérer la possibilité d'un changement.
- La contemplation : le patient prend conscience de la nécessité d'un changement, il commence à se remettre en cause. Il admet qu'il a un problème et va étudier les possibilités et les coûts (psychologique et financier) du changement. Les facteurs de changement à ce stade sont l'observation des autres, la recherche d'information, la prise de conscience, la confrontation par les autres au problème, parfois l'entrée dans une thérapie.
- la préparation à l'action ou la décision : le patient commence l'élaboration de projets précis de changement, comportant la définition d'objectifs concrets et d'étapes intermédiaires. Le patient va développer une résolution ferme de passer à

l'action. Une solution est influencée par les expériences passées, et les tentatives antérieures de changement.

- l'action : le patient acquiert une confiance en lui suffisante pour s'engager activement dans les efforts de changement. A ce stade, les facteurs de changement sont essentiellement l'autocontrôle, ou le degré personnel d'autodétermination, c'est-à-dire la capacité à agir sans se laisser influencer par les contingences de l'environnement.
- la consolidation ou le maintien : le changement visé est obtenu mais reste encore fragile, il faut le maintenir.

La tâche du thérapeute est d'aider la personne à passer d'un stade à l'autre du cycle.

Il est intéressant de noter que la plupart des psychothérapies ont été élaborées pour des patients venant consulter d'eux-mêmes, ils en sont donc au moins au stade de la contemplation. Ils viennent avec une demande et une certaine envie de collaborer, on peut donc penser qu'ils sont plus enclins à élaborer une alliance de bonne qualité. On peut se demander ce qu'il en est pour les patients refusant la thérapie, et obligés par un tiers (la loi par exemple), ou les enfants-adolescents qui sont bien souvent amenés par une autre personne en thérapie. (Prochaska, Diclemente, Norcross 1992 ; Digiuseppe, et *al.*, 1996)

1.5.1.2. La relation d'objet comme facteur intrapsychique :

Horvath (1994) considère, d'un point de vue psychanalytique, que la relation d'objet est un facteur influençant l'élaboration de l'alliance thérapeutique.

Depuis l'enfance, l'expérience de l'interaction avec les autres, procure à une personne les bases pour développer sa propre capacité à établir des relations ; allant de la capacité à différencier le soi des autres, jusqu'à différents niveaux et types de liens relationnels.

A la naissance, le sein n'est pas différencié du corps propre du nourrisson. C'est progressivement, alors qu'il manque souvent à l'enfant, qu'il va être reporté vers l'extérieur en emportant en tant qu'objet, une partie de l'investissement libidinal narcissique originel. Ce premier objet se complète plus tard pour devenir la personne de la mère ; qui nourrit et soigne, et suscite de multiples sensations corporelles chez l'enfant, empreintes de plaisir ou non. C'est dans cette relation que s'enracine la signification unique, inaltérable, incomparable, fixée pour la vie, de la mère comme objet d'amour, et comme prototype de toutes les relations d'amour ultérieures ; dans les deux sexes. (Freud, 1938)

Pour Bordin (1994), cette expérience précoce vécue par le patient permet de comprendre comment il perçoit, ressent, réagit face aux autres. Le patient entre en relation avec le thérapeute en fonction de la façon dont s'est développée sa relation d'objet dès son plus jeune âge. L'alliance thérapeutique est par conséquent le reflet de la relation d'objet du patient mais également de ses difficultés dans le développement précoce, s'il y en a eu.

1.5.1.3. Le type d'attachement comme facteur intrapsychique :

Horvath (1994) a également étudié l'influence du type d'attachement du patient sur l'élaboration de l'alliance.

Le système d'attachement est décrit par Bowlby dans la théorie de l'attachement, que nous verrons dans le chapitre suivant. C'est un système motivationnel qui se met en place dès les premières années de vie, il s'active lorsqu'un danger ou un stress est perçu, qu'il soit externe ou interne. Son niveau d'activation dépend du stress ressenti mais également de l'environnement. Il a pour but de mobiliser les figures d'attachement, qui sont en général les parents, pour qu'elles protègent du danger, qu'elles apportent la sécurité nécessaire à la désactivation du système d'attachement et en contre partie à l'activation des autres systèmes motivationnels comme le système exploratoire. Le type d'attachement d'une personne se construit notamment en fonction des réponses de sa figure d'attachement à sa détresse, au moment des relations précoces parent-bébé. Le type d'attachement persiste toute la vie. Les comportements d'attachement varient en fonction de l'âge et du niveau de développement. Le système d'attachement est donc contextuel. C'est un système constamment activé et corrigé quant à l'objectif à atteindre. Comme tous les systèmes motivationnels, il est organisé et intégré par ses systèmes de représentations : les modèles internes opérants.

Selon Ainsworth (citée par Guédeney, Guédeney, 2009 ; Miljkovitch, 2001.), les relations des adultes avec leurs pairs reflètent leur style d'attachement élaboré lors des premiers échanges avec les parents.

Les relations d'attachement sont fondamentalement asymétriques, l'enfant recherche la sécurité auprès de son *caregiver* sans en procurer en échange, ce qui les distingue nettement des autres relations sociales qui reposent davantage sur une réciprocité, une coopération et des échanges mutuels. Deux amis sont dépendants l'un de l'autre, chacun rassure l'autre et a besoin de réassurance de la part de l'autre, c'est le système affiliatif qui est activé. Mais si le système attachemental et le système affiliatif sont bien distincts, ils sont aussi intimement liés.

En effet, les expériences précoces d'attachement vécues par l'enfant avec ses parents ont une influence notable sur sa capacité à nouer ultérieurement des relations affectives avec les autres enfants de son âge.

Il semble, de plus, que les liens d'attachement précoces exercent une influence plus forte sur les relations ayant une dimension affective que sur celles qui en sont dénuées.

La relation thérapeutique entre un patient et son thérapeute n'est pas une relation amicale, mais elle n'est pas non plus une simple relation professionnelle. C'est une relation particulière dotée d'une importante dimension affective, qui est donc sous l'influence des liens d'attachement.

La recherche d'aide auprès d'un professionnel est considérée comme une équivalence du phénomène de recherche de proximité, typique de l'activation du système d'attachement. Un sujet en situation de ne pas y arriver seul, de vulnérabilité, ou encore en situation de détresse ou d'échec, vient rencontrer un professionnel censé être capable de l'aider. Cette situation active le système d'attachement et les modèles mentaux qui s'y rattachent. Un premier rendez-vous ajoute le stress de l'inconnu: le sujet est dans un lieu non familier, face à une personne étrangère, dans une manière inédite de se rencontrer. Ce stress de l'inconnu est un des stimuli qui activent systématiquement, plus ou moins fortement, le système d'attachement du sujet. Les émotions et les représentations liées au mode d'attachement vont ainsi induire des attentes positives ou au contraire des anticipations anxieuses et négatives vis-à-vis du professionnel. On peut penser qu'un sujet ayant un attachement *sécure* pourra être plus sûr d'une réponse adéquate du professionnel à ses besoins qu'un sujet dont l'attachement est plutôt *insécure*, qui se sentira plus difficilement en confiance, craindra une disqualification de ses sentiments. Les attentes et les représentations de la famille et des professionnels peuvent donc différer de façon importante au départ.

Les comportements, pensées et émotions du patient qui seront fonction, à ce moment-là, de son type d'attachement, vont venir influencer la relation thérapeutique et par conséquent l'élaboration de l'alliance.

1.5.1.4. Les compétences interpersonnelles du patient :

Pour Henri et Strupp (1994), apprendre en psychothérapie a lieu dans le contexte d'une relation interpersonnelle, dans laquelle le patient devient dépendant du thérapeute en tant qu'autorité, enseignant. Dans cette définition, apprendre par identification et imitation est

probablement l'aspect le plus important de l'influence thérapeutique. L'apprentissage du patient est en grande partie expérimental mais également cognitif. Cependant, l'aspect cognitif est efficient si les affects sont mobilisés. Pour que cet apprentissage ait lieu, la condition la plus importante est que le patient possède certaines capacités, comme la confiance et l'ouverture d'esprit permettant à l'influence du thérapeute d'agir.

Strupp et son équipe ont examiné l'association entre les capacités de relations interpersonnelles du patient avant la thérapie et l'implication du patient dans la thérapie.

L'histoire des relations interpersonnelles du patient est évaluée par trois dimensions : le fonctionnement social actuel, c'est-à-dire la capacité à élaborer et maintenir une relation interpersonnelle proche ; les relations familiales, évaluées par les conflits et l'isolement par rapport au système familial ; et les attitudes générales hostiles envers les autres.

Il s'avère que les caractéristiques interpersonnelles avant la thérapie, ainsi que l'implication du patient dans la thérapie, sont liées aux résultats de la thérapie. De plus, les caractéristiques interpersonnelles et l'implication du patient sont également liées entre elles.

Par conséquent, les compétences interpersonnelles du patient, évaluées avant la thérapie, sont une base primordiale à l'élaboration de la relation thérapeutique.

1.5.1.5. Le diagnostic :

Il s'avère par contre que ce critère n'a qu'une faible influence sur l'alliance. (Horvath, 1994).

1.5.1.6. Conclusion :

Henry et Strupp (1994) pensent que l'implication du patient et ses capacités interpersonnelles sont primordiales dans l'élaboration de l'alliance thérapeutique. Ils ont montré que l'association entre l'implication du patient et les résultats est de plus en plus forte au cours de la thérapie ; ce qui implique qu'il existe probablement un autre facteur influençant positivement ce lien.

Par ailleurs, dans la méta-analyse de Horvath et Symonds (1991), il s'avère que les corrélations entre les caractéristiques du patient, antérieures au traitement, et l'alliance, existent bien sûr, mais sont de faible puissance.

Il semble donc que les compétences du patient ne sont pas le seul facteur influençant l'élaboration de l'alliance thérapeutique, et que logiquement, le thérapeute a un rôle à jouer, notamment dans la variation de l'implication du patient dans la thérapie.

1.5.2. Le thérapeute :

1.5.2.1. Les caractéristiques du thérapeute :

Le thérapeute n'est pas un technicien neutre, par conséquent, quelle que soit la psychothérapie utilisée, les caractéristiques personnelles du thérapeute semblent affecter l'interaction thérapeutique avec le patient.

Henry et Strupp (1994) ont beaucoup travaillé sur ce sujet.

Une étude rétrospective sur l'expérience vécue de la psychothérapie des patients a permis d'établir les qualités du « bon » thérapeute : Les patients qui ont vécu leur psychothérapie comme une expérience positive, décrivent leur thérapeute comme quelqu'un de chaleureux, attentionné, intéressé, compréhensif, respectueux, expérimenté et actif. Les patients attribuent donc des caractéristiques à leur thérapeute, et ne le voient pas comme quelqu'un de tout à fait neutre.

Une série d'études a montré un lien entre les réactions personnelles du thérapeute vis-à-vis du patient et la qualité de leur communication, les impressions diagnostiques et les projets thérapeutiques.

L'étude de O'Malley, Strupp, Suh, 1986, quant à elle, a permis de souligner que les caractéristiques du thérapeute changent en fonction du pronostic de départ ainsi que de l'attitude du patient : si le pronostic est bon d'emblée, le thérapeute sera plus chaleureux ; si au contraire le pronostic est mauvais et prédit de mauvais résultats, il adoptera une attitude plutôt négative. Dans les cas particuliers où le pronostic est bas mais que les résultats sont finalement positifs, il s'avère que l'implication du patient s'améliore progressivement, parallèlement à l'attitude du thérapeute.

Les caractéristiques du thérapeute influencent l'élaboration de l'alliance et l'implication du patient au changement; mais elles sont aussi influencées par certaines caractéristiques du patient.

Enfin, au-delà des caractéristiques du thérapeute et de ses capacités à s'adapter au patient, ce qui importe également c'est la perception de ces caractéristiques par le patient.

1.5.2.2. L'alliance, un processus thérapeutique en lui-même pouvant s'apprendre ?

Pour Bordin (1994), il ne semble pas nécessaire d'apprendre une technique spécifique pour élaborer l'alliance, mais plutôt des compétences que le thérapeute se doit d'avoir. En effet, Bordin décrit sa façon de procéder en thérapie, en illustrant ses propos d'exemples concrets et en se référant à sa théorie de l'alliance thérapeutique avec ses trois dimensions que sont l'accord sur les tâches, l'accord sur les objectifs et la relation affective. Bordin ne fait là que proposer sa technique qui lui est propre, il ne veut pas la diffuser comme modèle de référence pour l'élaboration d'une alliance thérapeutique, mais la propose simplement à titre d'exemple. Bordin écrit : « *Lorsque j'écoute le patient et cherche à faciliter les explorations initiales, je me rend compte que j'utilise le contexte familial du patient comme base pour comprendre ses motivations... Mon seul intérêt ici est de prêter attention à l'éducation et aux professions des parents et de la fratrie en tant qu'indices de l'atmosphère familiale.* » (Traduction AC de Brodin, 1994, p. 22).

Pour lui, obtenir un consentement éclairé, mutuel sur les objectifs de changement est primordial pour l'établissement d'une alliance thérapeutique de qualité. Du côté du thérapeute, cela requiert une attention sensible de l'état d'esprit du patient, de ses tentatives et difficultés pour diminuer sa souffrance et ses frustrations et pour augmenter ses satisfactions. Le thérapeute doit donc prêter attention aux formulations et explications du patient sur ses raisons de consultation. Il doit veiller à ce que le patient ait le sentiment que les choses viennent de lui, en le guidant par des questions pertinentes, et en évitant des questions trop directives. Ce procédé permet non seulement, d'obtenir des informations cruciales sur le contexte, et de rechercher, ensemble, les objectifs à atteindre, mais également à construire une relation affective respectueuse et honnête. La position du thérapeute est plutôt de pouvoir aider et soutenir le patient à des moments où le sentiment de manque de ressources représente un obstacle au changement. Le thérapeute doit veiller à permettre au patient d'utiliser toutes ses ressources et non pas prendre sa place dans ses efforts ou le rendre dépendant. Demander de l'aide ne doit pas être expérimenté par le patient comme une perte d'indépendance ou un état de totale dépendance. Une écoute attentive, sensible et sérieuse de la part du thérapeute, permet au patient de sentir qu'une question pertinente est soulevée, sans pour autant perdre le sentiment d'être un partenaire d'égalité similaire au thérapeute dans la relation. Les interventions ont pour but d'identifier et de s'accorder sur les objectifs de changement qui sont intimement liés aux événements marquants de l'histoire du patient.

Il est cependant possible de faire l'hypothèse que l'alliance est un processus thérapeutique à part entière, si l'on se base sur l'approche centrée sur la personne établie par Rogers. En effet, Rogers part du postulat que la capacité du thérapeute à offrir une relation dans des conditions préétablies est l'ingrédient nécessaire et suffisant au changement lors d'une psychothérapie. (Rogers, 1957). On pourrait donc considérer que le thérapeute ait à apprendre une technique pour apporter au patient le cadre nécessaire au bon déroulement de l'alliance et de la thérapie.

Dans cette optique, l'étude de Henry et Strupp (1994), a porté sur la formation des thérapeutes au concept d'alliance : Les auteurs ont formé pendant une année des thérapeutes ayant deux ans d'expérience, à raison de deux heures de séminaire et supervision par semaine durant cinquante semaines, à une forme de thérapie où une attention particulière était portée aux échanges interpersonnels et à la relation comme facteurs de changement. Les résultats montrent une meilleure adhérence à la méthode après formation, indiquant que les thérapeutes avaient bien appris et appliqué les principes méthodologiques, mais également, et de manière paradoxale, une détérioration de la relation thérapeutique, les thérapeutes se montrant en particulier plus autoritaires, plus pessimistes et plus actifs dans la relation. Il semble donc qu'il est difficile de former des thérapeutes à l'alliance thérapeutique ; et que l'adaptation directe du thérapeute au niveau perçu d'alliance n'améliore pas sa qualité ou son maintien.

Dans cette vision de l'alliance comme processus thérapeutique en lui-même, Strupp et son équipe ont mis au point une forme structurée de psychothérapie dynamique brève d'orientation psychanalytique : *TLDP : time-limited dynamic psychotherapy*. Cette forme de thérapie est indiquée pour le traitement des difficultés interpersonnelles chroniques.

Pour cette thérapie, il est considéré que l'alliance thérapeutique est un processus interpersonnel et est le processus central de changement au cours de la thérapie. Le thérapeute, en se focalisant sur les interactions dans la relation thérapeutique, permet d'accroître l'implication du patient et de fortifier l'alliance.

En considérant l'alliance comme thérapeutique en elle-même, et non comme un type de relation qui permet aux différents processus de changement, directs (imitation, identification) ou indirects (interprétation, confrontation), de se développer; les auteurs estiment éviter deux écueils : le cas où le patient est initialement résistant, hostile et ne parvient pas à élaborer une alliance productive ; et le cas où le thérapeute se laisse envahir par des mouvements contre-transférentiels.

1.5.2.3. Adaptation du thérapeute à l'alliance:

Il semble finalement que l'alliance thérapeutique ne soit pas une intervention en soi et qu'il n'existe aucune technique spécifique pour obtenir et maintenir une alliance thérapeutique lors d'une psychothérapie. L'alliance thérapeutique ne semble pas être un paramètre dont le thérapeute pourrait garantir la présence en première intention ; mais plutôt la conséquence d'un travail thérapeutique adéquat, c'est-à-dire en lien avec la base théorique du thérapeute et ajusté au patient. Le thérapeute ne construit pas directement une alliance, mais il fait un travail de thérapie de telle sorte que le processus thérapeutique forge une alliance thérapeutique avec le patient.

Cependant, parmi tous les facteurs évoqués ci-dessus influençant l'alliance thérapeutique, nous pouvons constater que le critère le plus malléable est l'intervention du thérapeute au cours de la thérapie ; qu'elle que soit sa théorie de référence.

En ce sens, Gaston et Marmar (1994) proposent de former les thérapeutes, non pas à une technique directe d'élaboration de l'alliance thérapeutique ; mais à des notions plus générales tout en respectant la base théorique des thérapeutes, comme : le degré d'engagement du patient, la capacité du patient à se mettre au travail, la reconnaissance personnelle de son propre engagement et de sa propre compréhension, l'adaptation de ses propres stratégies et des objectifs en fonction du patient.

Pour prendre en exemple les thérapies basées sur la psychanalyse ; Gaston et Marmar (1994), d'après leurs études pour l'établissement de l'échelle d'évaluation CALPAS dans un contexte de psychothérapie d'inspiration psychanalytique, ont conclu que l'impact des interventions du thérapeute dépend du niveau d'alliance initial : un faible niveau d'alliance requiert davantage d'interventions de soutien, alors qu'une bonne alliance permet plutôt des interprétations sur les conflits du patient. Pour ces auteurs, l'alliance est également dépendante de l'amélioration thérapeutique : Les patients qui expérimentent une amélioration symptomatologique sont plus enclins à avoir des sentiments positifs envers leurs thérapeutes, à travailler plus activement en collaboration et donc à élaborer une alliance de bonne qualité.

En ce sens, le groupe de recherche sur l'alliance aidante de Lausanne, GRAAL, (Despland, Roten, 2000), fait l'hypothèse que le patient avec qui l'alliance est faible nécessite davantage de soutien car son niveau de fonctionnement psychique est moins mature ; à

l'inverse, le patient avec qui l'alliance est de bonne qualité nécessiterait plus d'interprétations en raison de sa faculté à prendre conscience de ses contradictions internes.

Il semble donc important que le thérapeute puisse ajuster son type d'intervention au niveau d'alliance.

Cependant, d'après Roten et le GRAAL (2006), dans le cadre d'une thérapie psychanalytique, en examinant l'adéquation des interventions du thérapeute au fonctionnement défensif du patient, ou au type de conflit évoqué par le patient, des corrélations apparaissent avec le niveau d'alliance. Faire son travail d'analyste implique de se focaliser sur les conflits et les défenses du patient, et de s'y ajuster dans ses interventions. Il semble donc que ce n'est pas l'adaptation directe des interventions du thérapeute au niveau perçu de l'alliance, mais bien l'adéquation de ses interventions en fonction des caractéristiques dynamiques du patient qui constitue un contexte favorable à l'établissement et au maintien d'une bonne alliance thérapeutique.

Il semble donc que les interventions du thérapeute et l'alliance thérapeutique soient deux facteurs interdépendants au cours d'une psychothérapie.

Mazevet (2011), quant à lui, propose une démarche plus globale. Il se base sur plusieurs postulats : les différents courants psychothérapeutiques ont une efficacité similaire et l'alliance thérapeutique est le facteur commun garantissant l'efficacité de la thérapie ; l'adéquation des interventions du thérapeute, en termes d'ajustement des techniques utilisées en fonction des caractéristiques du patient, constitue un contexte favorable à l'établissement et au maintien de l'alliance thérapeutique ; cependant, aucune approche n'est cliniquement adéquate pour tous les cas, aucune théorie ne peut rendre compte entièrement de la complexité du phénomène. En effet, ce qui peut être indiqué pour un patient, peut ne pas l'être pour un autre ou pour le même patient à un autre moment de sa vie.

De là découle un courant intégratif. Il s'agit d'être ouvert à la diversité des approches psychothérapeutiques tout en préservant leur spécificité. La question primordiale est donc celle de l'indication thérapeutique. Une diversité de facteurs détermine le choix de la stratégie thérapeutique retenu par le thérapeute.

En d'autres termes, tous les patients n'ont pas besoin de la même stratégie thérapeutique, pour le même symptôme, et l'efficacité du thérapeute réside donc dans le choix de ce qui sera plus adapté à son patient.

Mazevet prend l'exemple de la maturation au changement, estimée par les stades de motivation de Proshaska. Pour lui, ce n'est pas simplement le stade de motivation dans lequel

se trouve le patient qui influencerait la qualité de l'alliance mais bien ce que le thérapeute fait de cette information, et sa capacité à s'y adapter, et notamment à proposer la technique thérapeutique la plus adaptée. En ce sens il propose, qu'une approche psychanalytique semblerait plus pertinente au stade de la pré-intention, pouvant justement amener le patient à prendre conscience de certains dysfonctionnements, ou de son implication dans ses difficultés ; alors qu'une approche cognitivo-comportementale serait plus adaptée au stade de la préparation à l'action ou au stade de l'action.

1.5.3. L'interaction patient-thérapeute :

Outre les contributions respectives du patient et du thérapeute, leur interaction apparaît comme un facteur important pour la mise en place de l'alliance thérapeutique.

Henry et Strupp (1994) ont mis en évidence dans leurs études que la relation entre l'implication du patient et les résultats n'apparaît qu'après la première séance et croît au fil de la thérapie, ce qui suggère que ce facteur n'est pas uniquement lié aux caractéristiques du patient avant la thérapie mais également à celles du thérapeute et à l'interaction entre le patient et son thérapeute.

Despland et le GRAAL (2000) ont développé un modèle contextuel et hiérarchique des interactions. Ils ont mis en évidence l'importance de la communication non verbale entre le patient et son thérapeute; et plus particulièrement des comportements qui transmettent des signaux d'engagement affectif. En se référant au concept d'alliance thérapeutique de Bordin, Roten considère que ces signaux d'engagement affectif reflètent la dimension de la relation affective de l'alliance, *bond*, qui englobe le faisceau de liens et d'attachements personnels positifs entre le patient et le thérapeute. L'étude montre que le type de communication entre les partenaires ne dépend pas directement des qualités des partenaires mais émerge de leur coordination au cours du temps.

La perception du thérapeute et de ses capacités par le patient est également primordiale dans la réussite d'une psychothérapie. Sloane et son équipe (1975) ont réalisé une étude en ce sens : Un ou deux ans après la fin d'une psychothérapie ayant été un succès, les patients ont rempli un questionnaire sur les facteurs qui ont pu être importants dans la réussite de la thérapie. Certains patients avaient suivi une psychanalyse et d'autres une thérapie

cognitivo-comportementale. Dans cette étude les cinq facteurs les plus importants pour les patients ont été :

- La personnalité du thérapeute
- Etre aidé par un thérapeute qui comprend ses problèmes
- Etre encouragé à faire face progressivement à ses problèmes
- Etre capable de parler à une personne compréhensive
- Etre capable de parler à quelqu'un qui nous aide à nous comprendre.

Dans cette optique, on pourrait supposer que certains patients seraient plus à même de former une bonne alliance avec certains thérapeutes en fonction de divers critères (origine ethnique, genre, personnalité). Par exemple, le degré de similarité entre le patient et le thérapeute d'un point de vue sociodémographique semble influencer l'alliance, alors que les caractéristiques sociodémographiques du thérapeute étudiées seules ne l'influencent pas.

1.6. Conclusion sur l'alliance thérapeutique :

L'alliance thérapeutique est un concept élaboré par Bordin, et qui prend ses racines dans la théorie psychanalytique. L'alliance se compose de trois critères qui sont l'accord sur les tâches thérapeutiques, l'accord sur les objectifs et la relation affective. L'alliance est dynamique et ses cycles de rupture et réparation sont primordiaux au changement thérapeutique. L'alliance implique un engagement et une collaboration active du patient tout autant que du thérapeute ; et les caractéristiques et compétences de chacun influencent l'élaboration et le maintien de l'alliance.

L'alliance s'est développée, après Bordin, à travers toutes les théories psychothérapeutiques qui ont pu l'approfondir et la mettre en pratique, tout en conservant sa caractéristique trans-théorique ; ce que nous avons pu souligner avec l'étude des compétences du patient.

Nous allons étudier à présent l'apport de ces grandes théories psychothérapeutiques au concept d'alliance thérapeutique, avec également un bref rappel de ces théories.

2. Apport des différentes théories psychothérapeutiques au concept d'alliance thérapeutique :

2.1. Apport de l'approche centrée sur la personne au concept d'alliance:

2.1.1. L'approche centrée sur la personne :

L'expérience de la psychothérapie non directive, telle que Rogers (1957) la conçoit, est un processus où le vécu, le ressenti et l'émotion tiennent la plus grande place. Cette méthode thérapeutique consiste à installer entre le thérapeute et le patient un climat tel que cela permette chez le patient un mouvement de changement.

Un des buts majeurs de la thérapie centrée sur la personne est d'aider la personne à trouver un équilibre entre ses besoins d'autonomie et ses besoins d'être en relation avec autrui et avec la société ; et à développer dans le cadre de la thérapie dans un premier temps, son plein fonctionnement social et psychologique.

L'approche met au centre la relation thérapeutique entre le patient et le thérapeute. De la part du thérapeute, cette relation est marquée par la mise en œuvre des 6 conditions permettant l'émergence d'un processus thérapeutique :

- Que deux personnes soient en contact.
- Que la première personne que nous appellerons le patient se trouve dans un état « d'incongruence » : désaccord interne. Ce terme est défini par l'écart entre le sens donné à la situation vécue et la représentation symbolique consciente de cette expérience ; cet écart permet au patient de ne pas être en conflit avec l'image qu'il a de lui. Lorsque le patient n'est pas conscient d'un tel désaccord interne, cela peut être source de vulnérabilité, d'anxiété ou de désorganisation. S'il est au contraire ressenti, mais sans pour autant que son contenu le soit, il sera source de tension et d'anxiété.
- Que la seconde personne, que nous appellerons le thérapeute se trouve dans un état de congruence c'est-à-dire d'accord interne ; au moins pendant la durée de l'entretien et par rapport à l'objet de sa relation avec le patient. Le thérapeute doit être librement et profondément lui-même, authentique, conscient de ses ressentis positifs ou négatifs envers le patient tout en étant capable de s'en libérer.
- Que le thérapeute éprouve des sentiments de considération positive inconditionnelle à l'égard du sujet. « Si les expériences d'une autre personne relatives à elle-même m'affectent toutes comme également dignes de considération positive, autrement dit, si parmi toutes ces expériences, il n'en est aucune que je

distingue comme plus ou moins digne de considération positive, nous disons que j'éprouve à l'égard de cette personne une attitude de considération positive inconditionnelle ». Cela implique une acceptation tant des sentiments positifs que négatifs du patient, une acceptation totale, sans jugement de valeur, prendre soin du patient en tant que personne différente sans en prendre possession. Cela permet donc l'encouragement d'une expression libre des sentiments, notamment des sentiments négatifs.

- Que le thérapeute éprouve une compréhension empathique du cadre de référence interne du patient, c'est-à-dire une compréhension des pensées et des sentiments de la personne ; et qu'il tente de communiquer cet éprouvé au patient. Le thérapeute doit ressentir le monde propre au patient comme si c'était le sien sans pour autant perdre de vue le « comme si » : « L'empathie consiste à percevoir le cadre de référence interne d'une personne avec précision et avec ses composantes et significations émotionnelles de façon à les ressentir comme si l'on était cette personne, mais cependant sans jamais oublier le comme si... c'est un processus d'entrée dans le monde perceptif d'autrui qui permet de devenir sensible à tous les mouvements des affects qui se produisent en lui ».
- Que le patient perçoive – ne fut-ce que dans une mesure minimale – la présence de la considération positive inconditionnelle et de la compréhension empathique que le thérapeute lui témoigne.

La première condition précise qu'une relation thérapeutique minimale doit obligatoirement exister, que chacun perçoive que l'autre, différent, existe. Les autres conditions en dépendent.

Aucune autre condition n'est nécessaire. Si ces six conditions existent et continuent d'exister tout au long de la thérapie, alors cela est suffisant pour que la thérapie soit efficace et entraîne un changement dans la personnalité du patient. Par contre, si l'une des six conditions vient à manquer, alors aucun changement ne pourra s'effectuer. Rogers fait l'hypothèse que plus ces conditions seront présentes dans un degré important, plus le changement sera important. Par contre, il est difficile de savoir si une condition peut en compenser une autre, c'est-à-dire si une considération positive inconditionnelle de grande qualité peut compenser une faible empathie par exemple.

La thérapie sera efficace si ces conditions sont présentes, et ce, quel que soit le type de patient ; par contre chaque patient se saisit de ces conditions de manière différente. Il n'est donc pas nécessaire d'ajuster les caractéristiques du thérapeute au type de pathologie ni aux

caractéristiques du patient. D'ailleurs, il n'est pas nécessaire au thérapeute de connaître le diagnostic pathologique du patient pour lui offrir une relation thérapeutique avec ces conditions-là.

De plus, pour Rogers, ces conditions sont valables quelles que soient les théories sur lesquelles se base le thérapeute, et pas seulement dans le cadre de l'approche centrée sur la personne.

Il va plus loin en disant que ces conditions peuvent même apparaître dans le cadre de relations amicales, non thérapeutiques à proprement parler, mais dans un moment de soutien où un ami peut, dans une certaine mesure et de manière limitée dans le temps, faire preuve de congruence, de considération positive inconditionnelle et d'empathie ; et donc avoir un effet thérapeutique et entraîner un changement chez la personne.

Ces caractéristiques s'acquièrent, selon Rogers, avec l'expérience et non avec une formation professionnelle spécifique.

L'hypothèse de Rogers se veut trans-théorique. Le thérapeute, en utilisant des techniques basées sur la théorie psychothérapeutique de son choix, peut tout à fait offrir les conditions établies nécessaires à l'émergence d'un changement chez le patient ; comme il peut malgré tout ne pas y parvenir. Le thérapeute doit donc rester attentif à ses comportements, ses réactions, ses interventions, quelle que soit la théorie sur laquelle il se base.

Les recherches ont montré non seulement que les thérapeutes offrant le mieux ces conditions décrites par Rogers, ont de meilleurs résultats que ceux ne les remplissant pas correctement ; mais également qu'il existe une forte association entre ces conditions offertes par le thérapeute (« *therapist-offered-conditions* ») et l'alliance thérapeutique.

2.1.2. L'alliance thérapeutique et l'approche centrée sur la personne:

Comme abordé dans le premier chapitre, nous savons que Bordin s'est appuyé sur cette approche pour élaborer la définition de l'alliance.

Bordin (1994) estime que l'approche centrée sur la personne est une thérapie unilatérale, focalisée sur le patient et qui attribue une passivité totale au thérapeute. Dans son concept, Bordin reconnaît le rôle important des caractéristiques du thérapeute dans l'élaboration de l'alliance et du processus thérapeutique, tout comme Rogers dans son approche centrée sur la personne ; cependant, Bordin estime que cette relation est basée sur une collaboration active entre le patient et le thérapeute. Bordin n'admet pas que la présence

de certaines caractéristiques chez le thérapeute soit la condition suffisante au processus thérapeutique.

En ce sens, plusieurs études (Mitchell, Bozart, Kraft, 1977 et Orlinsky, Howard, 1986 cités par Horvath, Luborsky, 1993) ont montré que c'est la perception qu'a le patient de l'empathie et l'écoute du thérapeute, davantage que les réelles caractéristiques du thérapeute, qui est corrélée aux résultats de la thérapie.

2.2. Apport de la psychanalyse au concept d'alliance :

2.2.1. La psychanalyse développée par Freud :

Dans le dictionnaire de Laplanche et Pontalis (1967), la psychanalyse est résumée ainsi : « *Discipline fondée par Freud et dans laquelle avec lui on peut distinguer trois niveaux :*

- *une méthode d'investigation consistant essentiellement dans la mise en évidence de la signification inconsciente des paroles, actions et productions imaginaires (rêves, fantasmes, délires) d'un sujet. Cette méthode se fonde principalement sur les libres associations du sujet, qui sont le garant de la validité de l'interprétation. L'interprétation psychanalytique peut s'étendre à des productions humaines pour lesquelles on ne dispose pas de libres associations.*
- *Une méthode psychothérapique fondée sur cette association et spécifiée par l'interprétation contrôlée de la résistance, du transfert et du désir. A ce sens se rattache l'emploi de psychanalyse comme synonyme de cure psychanalytique*
- *Un ensemble de théories psychologiques et psychopathologiques où sont systématisées les données apportées par la méthode psychanalytique d'investigation et de traitement. »*

Ici nous allons décrire la théorie telle que Freud (1922, 1924, 1938, 1953) l'a élaborée. Sans détailler ce que d'autres auteurs ont pu apporter par la suite, comme A. Freud, Klein, Lacan...

2.2.1.1. L'appareil psychique :

L'appareil psychique est composé de plusieurs instances psychiques :

- Le ça : Il contient tout ce qui est hérité, constitutionnellement fixé, comme par exemple les pulsions issues de l'organisation corporelle. Le ça obéit à l'inexorable principe de plaisir, il ressent certaines modifications à l'intérieur de lui-même,

comme des oscillations dans la tension née du besoin des pulsions, qui deviennent conscientes en tant que sensations.

- Le moi : C'est l'organisation qui assure la médiation entre le ça et le monde extérieur. Le moi a pour tâche l'auto-affirmation vis-à-vis de l'extérieur et vis-à-vis du ça. Vers l'extérieur, il apprend à connaître les stimuli, mémorise les expériences faites à leurs sujets pour permettre d'éviter les stimulations trop fortes et de s'adapter aux stimulations modérées ; il apprend à modifier à son avantage le monde extérieur. Vers l'intérieur, le moi apprend à dominer les pulsions en décidant si celles-ci doivent être satisfaites ou réprimées, en différant cette satisfaction jusqu'à des circonstances favorables dans le monde extérieur. Le moi assure des frontières contre le ça par la mise en place de résistances, au prix de grandes dépenses en contre-investissement. L'activité du moi est guidée par la prise en considération des tensions générées par les stimulations. La modification de ces tensions entraîne du plaisir ou du déplaisir. Le moi tend vers le plaisir ; lorsqu'un danger provenant de l'extérieur ou de l'intérieur, accroît le déplaisir, le moi répond par un signal d'angoisse. Une action du moi est correcte dès lors qu'elle répond en même temps aux exigences du ça, du surmoi et de la réalité ; donc quand elle parvient à concilier leurs différentes revendications. Le moi doit donc satisfaire les revendications de ses trois relations de dépendance, vis-à-vis du ça, du surmoi et de la réalité ; tout en maintenant son organisation et en affirmant son autonomie.
- Le surmoi : C'est une instance psychique dans laquelle se prolonge l'influence parentale, familiale, populaire, sociétale ; dont l'enfant dépend pendant son développement. C'est une troisième instance que le moi doit prendre en compte. Une portion du monde extérieur est abandonnée en tant qu'objet et accueillie dans le moi par identification. Cette nouvelle instance psychique observe le moi, lui donne des ordres, le dirige, le menace ; comme les parents dont elle a pris la place. Elle demande des comptes au moi pour ses actes et aussi pour ses pensées, ses intentions. Le surmoi se développe vers cinq ans, c'est l'héritier du complexe d'Oedipe. A noter que le surmoi est souvent plus sévère que les parents réels.

2.2.1.2. Les pulsions :

Le ça a pour objectif de satisfaire des besoins innés, les exigences corporelles, conservatrices. Les pulsions sont les forces derrière ces besoins. Il existe une multitude de

pulsions. Les pulsions peuvent modifier leur but par déplacement, se remplacer entre elles. Une pulsion tend à faire retour à un état antérieur.

Deux pulsions fondamentales sont décrites :

- La pulsion de vie, l'Eros. Son but est d'instaurer des unités, conserver, lier. Parmi l'Eros, se trouvent l'opposition entre pulsion d'autoconservation et pulsion de conservation de l'espèce ; et l'opposition amour du moi et amour d'objet.
- La pulsion de destruction, pulsion de mort. Son but est de détruire des choses, de dissoudre, de faire passer le vivant à l'état inorganique, son état antérieur. La pulsion de mort reste muette tant qu'elle agit à l'intérieur, et se montre en tant que pulsion de destruction dès qu'elle se trouve vers l'extérieur. Le fait que la pulsion de mort se tourne vers l'extérieur semble nécessaire à la conservation de l'individu. Une partie de l'autodestruction reste cependant à l'intérieur en toutes circonstances.

Ces deux pulsions fondamentales ont des actions antagonistes et conjointes.

La libido est définie par toute l'énergie disponible de l'Eros. Au départ, cette énergie est emmagasinée dans le moi, ce qui correspond à l'état de narcissisme primaire absolu. Cet état persiste jusqu'au moment où le moi investit de libido les représentations d'objets ; il transpose la libido narcissique en libido d'objet. La libido est mobile, elle peut passer d'un objet à un autre. Elle peut cependant rester fixée à des objets déterminés. La libido a des sources somatiques. Les lieux du corps dont elle provient sont les zones érogènes.

2.2.1.3. Développement de la fonction sexuelle :

La vie sexuelle commence aussitôt après la naissance. Elle englobe la fonction consistant à obtenir un gain de plaisir à partir de zones corporelles ainsi que la fonction de reproduction. La vie sexuelle s'instaure en deux temps, de la naissance à cinq ans environ, puis elle reprend à la puberté, après une phase de latence où beaucoup de choses sont désappries.

La première période se divise en plusieurs phases (orale, anale, phallique, génitale), que nous allons développer dans le chapitre suivant, dans la partie du développement de l'enfant-adolescent.

Le développement de l'appareil psychique s'appuie sur le développement de la fonction sexuelle.

2.2.1.4. Les qualités psychiques :

Les processus psychiques peuvent être conscients, préconscients ou inconscients. Ces qualités ne sont cependant ni absolues, ni permanentes. Ce qui est préconscient peut devenir conscient ; ce qui est conscient ne l'est que pour un moment.

Ce qui est inconscient peut, par nos efforts être rendu conscient, et nous pouvons avoir le sentiment d'avoir surmonté de très fortes résistances. Un contenu inconscient peut également se transformer spontanément en contenu préconscient puis devenir conscient, comme cela se passe dans des états psychotiques. Le maintien de certaines résistances est donc une condition à la normalité.

Des processus internes dans le moi, inconscients, peuvent devenir conscients : c'est la fonction du langage. Il établit une liaison entre les contenus du moi et des restes mnésiques de perceptions visuelles et acoustiques.

Pour résumer, nous pouvons dire que les processus psychiques du ça sont inconscients, ceux du surmoi sont préconscients et ceux du moi sont pour grande partie préconscients.

A la naissance, l'appareil psychique n'est formé que du ça. Progressivement le moi se développe à partir du ça avec l'influence du monde extérieur. Durant ce développement, certains contenus du ça deviennent préconscients et sont admis dans le moi ; d'autres restent inconscients dans le ça ; d'autres contenus psychiques préconscients sont finalement abandonnés par le moi dans le ça ; enfin certains contenus inconscients ne sont pas admis dans le moi alors qu'ils auraient pu l'être. Cette part du ça est le contenu refoulé.

Les mouvements qui se produisent dans le préconscient sont régis par les processus secondaires et ceux de l'inconscient par les processus primaires.

L'énergie psychique existe sous deux formes : mobile, et liée. L'énergie librement mobile est dans le ça, dans l'inconscient ; et l'énergie liée dans le préconscient.

2.2.1.5. Le rêve :

L'étude des rêves a permis à Freud de comprendre plus amplement le fonctionnement psychique et de donner des exemples concrets à sa théorie. En effet pendant le sommeil, le ça inconscient tente de pénétrer dans le moi conscient, et le moi se met en position de défense contre cette irruption et fonctionne de manière différente que pendant la vie de veille.

Le moi a pour fonction de maintenir le sommeil. Cependant il ressent des revendications qui le perturbent et cherche donc à les éliminer en les remplaçant par un accomplissement de souhait par le biais du rêve. Le rêve est donc le protecteur du sommeil.

Les revendications faites au moi pendant le sommeil sont soit de satisfaire une pulsion provenant du ça, inconsciente ; soit de résoudre un conflit, lever un doute, établir un projet provenant du moi, c'est donc là une tendance préconsciente de la vie de veille, qui a trouvée dans le sommeil un renforcement par un élément inconscient.

Le travail de rêve est régi par les processus primaires, les mêmes qui font loi dans le ça pour les mouvements inconscients. Ce travail de rêve modifie les pensées latentes de rêve en contenu manifeste du rêve, celui dont nous nous souvenons au réveil. Autrement dit, pendant le rêve, le contenu inconscient, provenant du ça originel et refoulé, s'impose au moi, devient préconscient et subit des modifications (les déformations du rêve) par la rébellion du moi. Les mécanismes déformant les pensées latentes du rêve sont :

- La condensation forme de nouvelles unités à partir d'éléments distincts ; un élément unique du rêve représente donc un grand nombre de pensées latentes du rêve.
- Le déplacement des intensités psychiques (investissements) d'un élément vers un autre. Des éléments essentiels des pensées latentes sont donc représentés par d'infimes allusions dans le contenu manifeste du rêve.

Pour interpréter le rêve, et tenter de retrouver les pensées latentes derrière le contenu manifeste, les libres associations que le rêveur livre du contenu manifeste de son rêve sont indispensables.

2.2.1.6. La technique psychanalytique :

La condition des dysfonctionnements est un affaiblissement relatif ou absolu du moi, qui ne parvient plus à assurer un équilibre entre les revendications du ça, du surmoi et de la réalité. Dans les conflits économiques, ça et surmoi s'unissent contre le moi, qui va s'accrocher à la réalité pour conserver la norme qui est la sienne face à cette pression. Si le ça et le surmoi deviennent trop forts, ils réussissent à modifier l'organisation du moi, de sorte que sa relation à la réalité est perturbée et même supprimée.

L'objectif de la psychanalyse est de venir en aide au moi affaibli par le conflit intérieur.

L'analyste tente sur l'autre de rendre conscient ce qui est inconscient ; il ne faut pas oublier que le comblement conscient de sa lacune de perception, la construction qui lui est apportée, ne signifie pas encore que le contenu inconscient est rendu conscient. Ce contenu est d'abord présent chez lui dans une fixation double, dans la reconstruction consciente qu'il a perçu et dans son état inconscient originel. Pour faire en sorte que cet inconscient lui devienne

conscient, et que les deux fixations coïncident, il faut supprimer le refoulement qui a formé le contenu inconscient. La résistance au devenir conscient est d'une grandeur différente pour chacun des cas.

2.2.1.6.1. Le contrat rationnel:

Pour débiter une analyse, un contrat doit d'abord être conclu entre l'analyste et le moi affaibli du malade afin de former un parti contre les revendications pulsionnelles du ça et les revendications de conscience du surmoi. « *Le moi malade du patient nous promet une franchise totale c'est-à-dire la libre disposition de tout ce que son autoperception lui livre. De notre côté, nous lui assurons la plus stricte discrétion et mettons à son service notre expérience dans l'interprétation du matériel influencée par l'inconscient. Notre savoir compense son ignorance et permet au moi de récupérer et de gouverner les domaines perdus de son psychisme.* » (Freud, 1936) Pour que le moi malade accepte le contrat, il faut qu'il se soit gardé une certaine mesure de cohérence d'intelligence des exigences de la réalité effective, malgré le conflit qui l'envahit. L'analyste astreint le malade à la règle fondamentale analytique qui doit régir son comportement face à l'analyste, afin de pouvoir dire ce qu'il sait mais aussi ce qu'il ne sait pas. Il doit réussir à éliminer son autocritique, et à livrer une quantité de matériel qui se trouve sous l'influence de l'inconscient, pour permettre à l'analyste de deviner l'inconscient refoulé et d'élargir, par la communication, la connaissance du moi du malade de son propre inconscient.

Il ne faut cependant pas que le malade soit dans une obéissance passive.

Avec ce contrat, l'analyste se met au service du patient en assurant une fonction d'autorité à la place des parents, une fonction éducative ; afin de rétablir les processus psychiques normaux de son moi, de rendre préconscient ce qui avait été refoulé dans le ça inconscient. L'analyste, dans ses efforts pour éduquer doit toujours veiller à respecter la spécificité du malade et ne pas mésuser l'influence qu'il a. De plus, l'analyste doit tenir séparés son savoir et celui du patient ; il doit attendre le moment le plus approprié pour communiquer au patient ce qu'il pense avoir compris et ne pas accabler le patient de trop d'interprétations.

Du côté du patient, plusieurs facteurs agissent en faveur de l'analyse : le besoin de guérison motivé par sa souffrance et l'intérêt intellectuel porté à la psychanalyse qui poussent le patient à accepter le contrat de départ ; mais également le transfert positif. D'autre part,

plusieurs facteurs agissent en défaveur de l'analyse : le transfert négatif, la résistance de refoulement du moi, le sentiment de culpabilité issu du rapport au surmoi, le besoin de maladie issu des modifications profondes de son économie pulsionnelle.

2.2.1.6.2. Le transfert :

Le patient ne se limite pas à voir l'analyste comme celui qui l'aide et le conseille ; il voit en lui un retour d'une personne importante issue de son enfance, de son passé, bien souvent la mère ou le père ; et il transfère sur lui des sentiments et réactions qui s'adressaient à cette personne. Ce transfert est ambivalent et comprend à la fois des attitudes positives de tendresse et négatives d'agressivité. Le transfert modifie la situation analytique, il écarte l'intention rationnelle du départ, et la remplace par l'intention de plaire à l'analyste, de gagner son approbation et son amour. Le transfert devient le facteur principal de la collaboration.

De plus, si le patient met l'analyste à la place de son père ou de sa mère, il lui confère aussi le pouvoir que son surmoi exerce sur son moi, puisque ce sont ses parents à l'origine de son surmoi. L'analyste a donc une influence éducative sur le malade.

Enfin, le transfert permet au malade de donner à l'analyste des fragments de l'histoire de sa vie nettement plus riches et complets que s'il les avait simplement relaté. Ce que le patient vit sous les formes du transfert, il ne l'oubliera plus.

Cependant, le transfert peut entraîner une attitude négative, hostile du patient envers l'analyste, puisqu'il reproduit la relation aux parents. La quête de faveur du parent, est sous-tendue par un souhait érotique ; et dans le transfert, cette revendication va chercher à être satisfaite et se heurter bien évidemment à un refus, ce qui va entraîner des modifications des attitudes transférentielles. Le risque est alors que les succès thérapeutiques s'effacent.

Le danger dans le transfert est que le patient méconnait la nature de cette relation et la considère comme une nouvelle expérience vécue et non comme le reflet du passé. L'analyste a pour tâche de montrer sans cesse au patient que ce qu'il considère comme une nouvelle vie réelle est le reflet du passé. Sans cela, le patient risque à l'extrême, d'un côté de croire qu'il est tombé amoureux de l'analyste, du fait des sentiments érotiques derrière le transfert positif ; d'un autre côté de haïr l'analyste et d'arrêter l'analyse du fait du transfert négatif.

(Freud, 1936).

A noter que dans le vocabulaire de la psychanalyse de Laplanche et Pontalis (1967), « le transfert désigne le processus par lequel les désirs inconscients s'actualisent sur certains

objets dans le cadre d'un certain type de relation établi avec eux et éminemment dans le cadre de la relation analytique. Il s'agit là d'une répétition de prototypes infantiles vécue avec un sentiment d'actualité marqué. Le transfert est classiquement reconnu comme le terrain où se joue la problématique d'une cure psychanalytique, son installation, ses modalités, son interprétation et sa résolution caractérisent celle-ci ».

2.2.1.6.3. Les résistances :

Le moi se protège contre l'intrusion d'éléments inconscients non souhaités par des contre-investissements. Or l'analyste cherche à ce que le moi attaque ces éléments inconscients pour qu'ils redeviennent préconscients ou conscients dans le moi ; c'est alors que les contre-investissements sont éprouvés comme des résistances au travail analytique. C'est la résistance de refoulement. Le moi éprouve du déplaisir à s'exposer au travail analytique. Paradoxalement, alors que le moi se rebelle contre les incitations de l'analyste, l'inconscient devient une aide au travail en essayant de franchir les frontières du moi. Lorsque le moi parvient enfin à surmonter ses résistances avec l'aide de l'analyste, soit il accepte la revendication pulsionnelle soit il la rejette à nouveau mais de manière définitive ; quoi qu'il en soit, l'étendue du moi s'en trouve élargie et un danger durable est définitivement éliminé.

Un autre type de résistance est éprouvé : la conscience de culpabilité qui provient du surmoi devenu dur et cruel. L'individu doit rester malade car il ne mérite rien de meilleur. Cette résistance rend inefficace le travail ; lorsqu'une forme de souffrance névrotique est supprimée, elle est prête à la remplacer par une autre. Le travail de l'analyste face à cette résistance est de la rendre consciente et de déconstruire le surmoi hostile.

Enfin, le besoin de maladie issue des profondes modifications des énergies pulsionnelles du patient représente une autre forme de résistance. Dans ce cas, la pulsion d'auto-conservation est inversée, allant jusqu'à une auto-destruction, avec la libération de quantités excessives de la pulsion de destruction tournée vers l'intérieur.

(Freud, 1938)

2.2.1.6.4. Le contre-transfert :

L'analyste se met au service du patient pour rétablir les processus psychiques normaux de son moi, à l'aide d'interprétations faites sur les phénomènes transférentiels, les attitudes de résistance, les conflits et refoulements apportés par le malade par le biais de la libre

association ou des rêves. Cette capacité à interpréter est acquise par formation à la science psychanalytique. Cependant, lors du travail d'analyse, l'analyste se trouve finalement en proie à des sentiments, émotions, réactions qui ne sont pas guidées par ses interprétations ou ses réflexions sur le matériel apporté par le malade ; mais sont des réactions émotionnelles au patient. Freud nomme cette influence qu'exerce le patient sur les sentiments inconscients de l'analyste, contre-transfert et estime qu'il est essentiellement composé d'affects. Freud développe peu cette notion et pour lui, il vaut mieux le maîtriser et le limiter.

Par la suite, Il n'y a pas de définition consensuelle du contre-transfert parmi les auteurs psychanalytiques.

Tout d'abord, d'une manière générale, dans le Vocabulaire de la psychanalyse de Laplanche et Pontalis (1967), le contre-transfert est défini de la façon suivante: "L'ensemble des réactions inconscientes du psychothérapeute au patient, et plus particulièrement du transfert de celui-ci pendant le traitement".

Pour Mc Alpine (cité par Denis, 2006), l'analyste doit résister au contre-transfert et doit rester en dehors de tout mouvement régressif. Le moi de l'analyste est bien scindé en une part qui observe et une part qui éprouve certes, mais l'analyste, du fait de l'expérience de sa propre analyse, sait ce qui l'attend et doit résister à cette tendance intérieure à la régression, il doit éprouver le présent et non le passé, à l'inverse du patient.

Pour Stern (cité par Denis, 2006), le contre-transfert correspond au transfert que développe l'analyste sur son patient. Il a pour origines les éléments infantiles de l'analyste. Cependant, la formation, les connaissances théoriques, l'expérience de sa propre psychanalyse, permettent à l'analyste de réduire nettement le champ d'action du contre-transfert ; à la différence du patient avec son transfert.

Pour le couple Balint (cités par Denis, 2006), la situation analytique est le résultat d'une interaction entre le transfert du patient et le contre-transfert de l'analyste. Les attitudes, la personnalité, le style de l'analyste influencent forcément le transfert du patient ; mais n'a pas grand impact sur les résultats de l'analyse. Pour eux, l'analyste peut exprimer ses sentiments du contre-transfert, cela améliore la relation avec le patient.

Winnicott (cité par Denis, 2006), est le premier à décrire des sentiments de haine éprouvés par l'analyste. Il estime que ces sentiments bloquent l'analyse tant qu'ils ne sont pas reconnus et perçus par l'analyste lui-même.

Racker (cité par Denis, 2006), estime également qu'il peut y avoir des sentiments négatifs dans le contre-transfert. Pour lui, la part névrotique du contre-transfert perturbe cependant l'analyse.

Heimann (1950 ; citée par Denis, 2006), est la première à considérer le contre-transfert comme un outil et non comme un obstacle. Elle donne une définition large du contre-transfert, et y inclut toutes les impressions qu'éprouve l'analyste par rapport à son patient.

Pour elle, la situation analytique entraîne une relation entre deux personnes, mais ce qui rend cette relation spécifique, c'est le degré d'expérimentation des sentiments et le degré de leur utilisation. L'analyste et le patient ne vivent pas de la même manière leurs sentiments. L'objectif de la propre analyse de l'analyste n'est pas d'en faire un robot mécanique mais de le rendre capable de soutenir ses sentiments, de les utiliser dans le travail analytique. Sans ses sentiments, les interprétations de l'analyste sont pauvres. L'analyste, afin de parvenir à suivre les associations libres du patient, de les interpréter sur différents niveaux (références aux situations de l'enfance ou aux situations présentes), d'en comprendre tous les sens (allusions, implications, explicite), et de suivre les mouvements émotionnels du patient ; a besoin d'avoir une sensibilité émotionnelle libre. L'hypothèse ici est que l'inconscient de l'analyste comprend les processus psychiques du patient, et remonte à la conscience de l'analyste sous forme de sentiments dans le contre-transfert. Le contre-transfert est donc un processus dynamique. Souvent, les émotions de l'analyste suscitées par le patient sont plus proches du noyau du problème que ses raisonnements ; autrement dit, les perceptions inconscientes de l'analyste de l'inconscient du patient sont plus justes que ses conceptions conscientes.

Par ailleurs, elle pense que le contre-transfert n'est pas seulement le fruit de la relation entre l'analyste et le patient, mais est également une part de la personnalité du patient. L'analyse de l'analyste lui a permis de savoir reconnaître son inconscient ; donc pendant une analyse, il ne va pas imputer au patient ce qui vient de lui et va pouvoir reconnaître en lui ce qui vient du patient. L'analyste est capable de porter les rôles du moi, du ça, du surmoi, des objets externes du patient qu'il aura projeté sur son analyste. Cette hypothèse s'étaye sur l'élaboration de Klein du mécanisme d'identification projective selon lequel une personnalité peut se séparer d'une de ses parties en la projetant sur un objet extérieur, et le lien entre la partie projetée et le reste de la personnalité demeure totalement méconnu par clivage.

Dans la même optique, Little (citée par Denis, 2006) perçoit le contre-transfert comme un outil. Elle engage l'analyste à parler de ses erreurs contre-transférentielles et de les utiliser. Par exemple, lorsqu'une interprétation est inexacte du fait de mouvements contre-

transférentiels, l'analyste doit non seulement rectifier l'interprétation, mais aussi admettre son erreur et l'origine contre-transférentielle de son erreur. Une telle explication favorise la confiance du patient dans l'honnêteté de l'analyste.

2.2.2. L'alliance thérapeutique et la psychanalyse :

Comme nous l'avons vu dans le premier chapitre, l'alliance a clairement ses bases dans la théorie psychanalytique, par Freud évidemment, mais également par d'autres auteurs comme Sterba (1934), Zetzel (1956), Greenson (1971).

Freud ne parle pas à proprement parler de l'alliance thérapeutique dans ses écrits, cependant, dans sa description de la relation entre le patient et le thérapeute, il est possible de trouver quelques similitudes avec la définition de Bordin de l'alliance.

Pour Freud (1922, 1924, 1938, 1953), la première étape de l'analyse est de conclure un contrat entre l'analyste et le patient. Pour cela, il faut que le patient ait envie de guérir et soit donc motivé, il faut également qu'il porte un intérêt intellectuel à la technique psychanalytique proposée par l'analyste. Ce *pacte psychanalytique* implique pour le patient d'une part, d'avoir la volonté d'aller mieux, de pouvoir collaborer en ce sens avec l'analyste, de ne pas être totalement passif, et d'accepter la méthode de travail de l'analyste. Pour l'analyste d'autre part, ce contrat implique de respecter une stricte discrétion à l'égard du patient, d'imposer un cadre précis, et d'accepter d'être l'objet de phénomènes transférentiels du patient.

En d'autres termes, ce *pacte* nécessite une collaboration entre le patient et l'analyste, un accord mutuel sur les tâches de la thérapie consistant en l'élaboration d'un transfert par le biais d'associations libres, ainsi qu'un accord mutuel sur les objectifs de la thérapie, où chacun a un rôle actif à jouer.

Cependant, pour Freud, ceci n'est que la première étape de l'analyse, et par la suite la relation est rapidement empreinte d'éléments transférentiels et les éléments rationnels de ce contrat semblent effacés.

Greenson (1965), en étudiant des patients non analysables, estime que ces patients échouent dans l'analyse car ils échouent dans l'élaboration d'une relation de travail, d'une alliance thérapeutique, avec l'analyste. Il définit les patients non analysables comme tous les patients dont l'analyse n'a pas donné de résultats positifs, quelles qu'en soient les raisons. Des patients qui ont arrêté prématurément leur analyse, des patients qui ont travaillé avec plusieurs analystes...

Pour Greenson, au cours d'une analyse, le patient doit avoir deux types de réactions : la névrose de transfert et l'alliance thérapeutique. Pour que l'analyse se déroule correctement il est nécessaire que le patient soit donc capable de développer une relation transférentielle mais aussi une alliance avec l'analyste.

Quand l'alliance et le transfert sont bien établies ; on peut voir que lorsque le patient est confronté à une résistance et reste évasif dans ses associations libres, si l'analyste n'intervient pas, alors le patient va spontanément se demander pourquoi il agit ainsi, va reprendre ses associations et dépasser sa résistance. Le patient par le biais d'une identification temporaire et partielle à l'analyste, parvient à travailler avec lui-même comme travaillerait l'analyste sur ses résistances. Cette identification est permise par la bonne qualité de l'alliance.

Greenson estime que pour former une alliance thérapeutique, le patient doit être capable de former une relation d'objet rationnelle, avec des phénomènes transférentiels non sexualisés, non agressifs, plutôt inhibés, régis par des processus secondaires. D'autre part, dans l'analyse, le patient doit pouvoir établir une relation transférentielle, régie par les processus primaires. Or, pour maintenir l'alliance thérapeutique, le patient doit aussi être capable de passer du transfert à la relation réelle ; c'est-à-dire que son appareil psychique doit passer des processus primaires aux processus secondaires. Le moi du patient doit donc être suffisamment fort et bien structuré pour pouvoir élaborer et maintenir en parallèle une relation transférentielle et une alliance thérapeutique avec l'analyste. (Greenson, 1965).

Pour Bordin (1994), Horvath et Luborsky (1993), la psychanalyse est une thérapie unilatérale, dans laquelle le patient, pris dans la relation transférentielle, est totalement passif et seul le thérapeute travaille au changement thérapeutique. Donc Bordin fait clairement la distinction entre le transfert et ce qu'il définit comme étant l'alliance thérapeutique : Une collaboration positive du patient avec le thérapeute contre ses comportements douloureux et autodestructeurs. Cependant, pour lui, les relations transférentielles et les relations réelles coexistent au sein d'une même relation. Elles sont chacune à la base de différentes dynamiques de changement. Elles peuvent parfois être indépendantes, ou s'influencer l'une l'autre.

Par ailleurs, nous avons étudié dans le chapitre précédent, que la relation d'objet, décrite dans la théorie psychanalytique, est considérée comme une compétence intrapsychique du patient qui influence l'élaboration et le maintien de l'alliance thérapeutique au

cours de la thérapie ; car elle détermine la capacité du patient à créer une relation interpersonnelle, quelle qu'elle soit.

2.3. Apport de la théorie de l'attachement au concept d'alliance :

2.3.1. La théorie de l'attachement :

2.3.1.1. Définition générale :

La théorie de l'attachement a été développée par Bowlby, puis Ainsworth dans les années 1950.

Cette théorie reflète l'importance des liens affectifs entre les êtres humains, et en particulier entre le bébé et ceux qui l'élèvent. Le lien affectif est défini comme un lien durable avec un partenaire qui prend une importance particulière du fait qu'il devient unique et non interchangeable. La théorie de l'attachement s'intéresse à ce qui influence le bien-être émotionnel et les interactions sociales du sujet lorsqu'il est dans un contexte de stress, d'alarme et, de manière générale, d'émotions négatives.

Bowlby définit des modèles motivationnels comme étant des systèmes de contrôle motivationnel programmés biologiquement, qui gouvernent les règles et les comportements associés avec un but proximal spécifique et des fonctions adaptatives. Les modèles sont activés et désactivés par des signaux internes et environnementaux et sont corrigés en permanence selon le but à atteindre. Les modèles motivationnels sont en lien et interagissent entre eux. Leur développement est progressif en fonction du temps et de l'environnement. Il est décrit une série de systèmes motivationnels liés à la reproduction, à l'alimentation, à l'hédonisme, à l'exploration, à la vigilance, au *caregiving* (fonction de prendre soin), à l'affiliation, à la domination, à la soumission, à la maîtrise ou *coping*.

Ils sont organisés et intégrés par des systèmes de représentations, les modèles internes opérants. A partir des échanges qu'il forme avec son entourage familial, l'enfant développe des modèles de relations, qui une fois mis en place, l'aident à comprendre et à interpréter le comportement de ses proches, à anticiper leurs réactions. De ce fait, ils influencent son comportement dans ses rapports avec ses figures d'attachement. Dans un premier temps, le modèle s'accommode aux interactions vécues pour se constituer, alors que dans un second temps, les nouvelles expériences sont assimilées au modèle existant, même si la correspondance est imparfaite. Une fois son modèle interne opérant construit, plutôt que de prendre en considération toutes les nouvelles données qui se présentent à elle, une personne a tendance à percevoir les événements qu'elle vit à travers ceux qu'elle a déjà connus ; de façon

biaisée. Pour cette raison, un modèle interne opérant est adapté dès lors qu'il opère dans un milieu proche de celui dans lequel il a été formé.

2.3.1.2. Le système motivationnel d'attachement :

Ce système est impliqué dans le phénomène de base de sécurité, qui renvoie à la confiance, pour une personne, dans l'idée qu'une figure de soutien sera disponible et accessible en cas de besoin. L'objectif du système de l'attachement est la proximité physique avec la figure d'attachement en cas d'alarme ou de détresse du bébé. Les éléments activateurs sont toutes les conditions indiquant un danger, que ce soit les facteurs internes à l'enfant, comme la fatigue, la douleur, ou les facteurs externes liés à l'environnement. D'autres critères entrent en compte dans l'activation du système d'attachement comme le moment de la survenue du facteur stressant, la place de la figure d'attachement et ses réactions. Le stimulus de terminaison de l'activation du système est la proximité avec la figure d'attachement. Toute action qui favorise la proximité appartient aux comportements d'attachement, qui varient en fonction de l'âge et du développement mais également des réponses habituelles du *caregiver*.

Les relations d'attachement sont fondamentalement asymétriques, l'enfant recherche la sécurité auprès de son *caregiver* sans en procurer en échange. Le type d'attachement d'une personne se construit en fonction des réponses de sa figure d'attachement à sa détresse, donc au moment des relations précoces parent-bébé. Le type d'attachement persiste toute la vie.

Le système exploratoire est un système motivationnel étroitement lié au système d'attachement ; les deux systèmes sont activés et désactivés par des signaux antagonistes. Ce système inné permet d'apprendre à l'enfant sur son environnement et de développer des capacités qui seront importantes pour les stades ultérieurs du développement.

Ces deux systèmes se développent vers l'âge de sept mois.

Donc, pour que l'enfant puisse se développer progressivement, il faut qu'il puisse activer son système motivationnel exploratoire, et donc qu'il se sente suffisamment en sécurité pour que son système motivationnel d'attachement soit désactivé.

Plusieurs types d'attachement ont été décrits :

- L'attachement *secure* : Les enfants *secures* utilisent leur figure d'attachement comme base de sécurité. Certains enfants *secure* ressentent une détresse lorsqu'ils sont laissés seuls ou avec une inconnue ; l'expression de cette détresse constitue un appel à la figure d'attachement dont la présence les rassure. Les enfants *secures* manifestent beaucoup de plaisir à être dans les bras de leurs parents, ils acceptent

également d'être lâchés et vont spontanément vers l'exploration de l'environnement.

- L'attachement anxieux-évitant : Ces enfants réagissent au stress par une indifférence ou un évitement au prix d'un effort de désactivation des comportements d'attachement afin de gérer leur trop grande anxiété.
- L'attachement anxieux-ambivalent ou anxieux-résistant : Ces enfants sont perturbés par la séparation (situation stressante, activatrice du système d'attachement) mais adoptent ensuite une attitude ambivalente avec à la fois une recherche de contact et une résistance au parent. Ils sont incapables par la suite d'utiliser les parents comme base de sécurité pour explorer l'environnement.
- L'attachement désorganisé-désorienté : Lors de la séparation avec leur figure d'attachement, ces enfants manifestent le désir de la retrouver mais lors des retrouvailles, ils associent un comportement de recherche du parent à un comportement d'évitement du contact. En situation de stress, ces enfants ont des attitudes contradictoires, incompréhensibles et ne semblent pas avoir trouvé de stratégie d'attachement efficace pour gérer leur détresse.

Les différents types d'attachement sont évalués par la situation étrange pour les nourrissons : cela consiste à mettre l'enfant dans une situation de détresse où sa mère le laisse en présence d'une inconnue, afin d'évaluer ses stratégies d'attachement. Cette expérience a été élaborée par Ainsworth. Pour les adultes, le type d'attachement est évalué par un auto-questionnaire, *AAI : Adult Attachment Interview*.

Les relations d'attachement sont fondamentalement asymétriques, l'enfant recherche la sécurité auprès de son *caregiver* sans en procurer en échange, ce qui les distingue nettement des autres relations sociales qui reposent davantage sur une réciprocité, une coopération et des échanges mutuels. Deux amis sont dépendants l'un de l'autre, c'est le système affiliatif qui est activé, cependant les expériences précoces d'attachement vécues par l'enfant avec ses parents ont une influence notable sur sa capacité à nouer ultérieurement des relations affectives avec les autres enfants de son âge. Les relations des adultes avec leurs pairs reflètent leur style d'attachement élaboré lors des premiers échanges avec les parents.

2.3.1.3. Le système motivationnel de *caregiving* :

Le système de *caregiving* parental est la réciproque du système d'attachement de l'enfant. Ces deux systèmes fonctionnent comme un système dyadique d'autorégulation qui garde l'enfant dans un état organisé et de protection des dangers. Le système de *caregiving* est

activé par des signaux spécifiques : tout signal de détresse, de vulnérabilité ou d'immatunité d'un être animé. Les comportements de *caregiving* visent à promouvoir la proximité et le réconfort vis-à-vis de l'enfant perçu comme en danger; ils sont flexibles et changeant en fonction des caractéristiques du contexte, du développement et du fonctionnement de la personne dont il faut prendre soin. Le *caregiving* est associé à des émotions spécifiques : sentiments de plaisir, satisfaction et de soulagement quand il peut protéger l'autre ; de la colère, de la tristesse et de l'anxiété quand il est dans l'impossibilité de le faire.

Le système de *caregiving* se manifeste vers 2-3 ans sous des formes immatures (jouer à la maman) ; les modèles familiaux jouent un rôle crucial dans son développement. Ensuite, le déclenchement de la puberté, la grossesse, la maternité pourraient initier la transition vers un système mature.

L'implication des parents dans le *caregiving* est associée au souvenir de leurs propres expériences d'attachement comme enfants et à l'importance qu'ils prêtent à ces expériences. Le système de *caregiving* interagit avec les autres systèmes comportementaux et peut entrer en compétition avec eux. Une stratégie de *caregiving* requiert une intégration flexible de l'ensemble des objectifs des différents systèmes motivationnels en jeu dans une situation donnée.

Le fonctionnement dynamique des systèmes attachement et *caregiving* a été étudié chez les parents et leurs enfants : Chez les parents sécures, il y a synergie entre les deux systèmes, celui de l'attachement favorisant la pleine expression du *caregiving*. Chez les parents insécures, le système d'attachement ne joue plus son rôle facilitateur de l'expression du *caregiving*. Chez les parents désorganisés, il peut y avoir compétition entre les deux systèmes. Un stress intense submergeant les capacités d'intégration du parent, même sécure, peut entraîner une activation intense de son propre système d'attachement, et ce dernier devient préemptif sur tous les autres systèmes, ce qui peut entraîner une extinction transitoire de son système de *caregiving*.

(Guédénéy, Guédénéy, 2009 ; Miljkovitch, 2001)

2.3.2. L'alliance thérapeutique et la théorie de l'attachement :

Comme nous l'avons vu dans le premier chapitre, le type d'attachement du patient est un facteur intra-psychique influençant la formation de l'alliance thérapeutique. A noter également qu'un autre système peut s'activer et donc influencer la relation thérapeutique.

En effet, le patient, en venant consulter un professionnel, est dans une situation de stress, et son système d'attachement s'active et va donc influencer la relation avec le thérapeute, en fonction de son type (sécure, insécure). Dans la situation particulière où les parents amènent leur enfant consulter, un autre système motivationnel est également activé, leur système de *caregiving*, qui les pousse à protéger leur enfant et à trouver des solutions pour l'aider. Un risque de compétition existe avec le système de *caregiving* qui peut passer au second plan, dès lors que le sujet, qu'il soit sécure ou insécure, subit une activation trop intense de son système d'attachement. Le stress, quelle qu'en soit l'origine, est à la fois un facteur d'activation de l'attachement et un facteur qui sape les ressources du *caregiving*.

De la même manière qu'ils s'activent chez le patient, les systèmes motivationnels peuvent également s'activer chez le thérapeute, qui n'est pas un technicien neutre. C'est d'abord le système de *caregiving* qui est activé face au patient en situation de détresse. Cependant, son système d'attachement est également très sollicité dans une première rencontre avec un patient. En effet, cette situation le confronte à une part plus ou moins grande d'inconnu selon les caractéristiques du patient, et de sa famille s'il s'agit d'un enfant-adolescent. Par ailleurs, le thérapeute peut être lui-même exposé à ce moment à des stress qui n'ont rien à voir avec la consultation. Le thérapeute n'échappe pas non plus au dilemme possible entre son propre système d'attachement et celui de son *caregiving*. En cas d'activation trop intense du premier, et si la sécurité du professionnel est ébranlée, une compétition peut s'établir entre les stratégies habituellement utilisées pour diminuer cette activation et la libre expression du système de *caregiving*.

Nous voyons donc comment les systèmes d'attachement et de *caregiving*, une fois activés, vont modifier les comportements, émotions, sentiments de chacun, ce qui va avoir un impact sur l'élaboration de la relation.

Il semble donc intéressant pour le thérapeute de pouvoir repérer le type d'attachement du patient, des membres de sa famille mais également le sien propre ; afin de mieux comprendre les comportements et émotions de chacun, de s'y ajuster, afin de pouvoir diminuer l'angoisse de la rencontre, et faire en sorte que le thérapeute et le contexte thérapeutique proposé deviennent une base de sécurité pour le patient et ses parents.

(Hervé, Maury, 2004 ; Hervé, 2008 ; Rusconi Serpa, 2009)

2.4. Apport des thérapies systémiques au concept d'alliance :

2.4.1. Les thérapies systémiques :

2.4.1.1. Définitions générales :

Derrière ce terme de thérapie systémique il existe en fait une multitude de théories, parmi lesquelles on peut citer : la psychothérapie centrée sur le problème (PICP), la thérapie behaviorale, la thérapie stratégique, les thérapies centrées sur la solution, la thérapie familiale structurale.

Le terme d'alliance dans les thérapies systémiques ne recoupe pas exactement la définition de Bordin. L'alliance est définie, dans le dictionnaire clinique des thérapies familiales systémiques (Benoit, 1988), par : « *le fait que plusieurs personnes se joignent afin de poursuivre le même but ou les mêmes intérêts afin d'adopter les mêmes attitudes ou les mêmes comportements* ». Par contre, le terme d'affiliation, semble définir davantage la relation entre le thérapeute et la famille, il est décrit, dans le même ouvrage, comme : « *s'affilier à un système familial revient à se faire adopter par la famille, pour un temps limité et dans une finalité précise, à partir d'un fil que la famille tend au thérapeute et avec lequel celui-ci va tisser un réseau de liens entre lui et les différents membres de la famille. Ce moment de rencontre préliminaire qui préside à l'installation de la relation est essentiel car il détermine l'évolution.* ».

2.4.1.2. La compétence des familles, Ausloos :

D'après Ausloos (2001), qui se base sur la thérapie systémique, le système est défini comme un ensemble d'éléments en interaction, organisé en fonction de l'environnement et de ses finalités, et évoluant dans le temps.

Un système possède un fonctionnement, une organisation, des règles particulières, originales, et spécifiques.

Dans un système, chacun joue des rôles. Ceux-ci sont à la fois le produit des interactions du système et le choix d'un individu qui accepte de jouer un rôle. Quand on joue des rôles qui remplissent des fonctions particulières, on démissionne à condition seulement que les fonctions que l'on remplissait soient reprises par d'autres membres du système ou qu'elles ne soient plus nécessaires à son fonctionnement. La fonction est de l'ordre du système et à ce titre elle peut être occupée par d'autres; le rôle est de l'ordre de l'individu et chacun y imprime sa marque personnelle.

La famille, définie comme un système, est engagée dans des processus interactifs autoréférentiels et s'équilibre en permanence pour assurer sa propre survie et donc celle de ses membres.

Quand des menaces à cette survie se présentent, c'est-à-dire que les processus d'équilibration sont momentanément inefficaces la situation est définie comme problématique et le système est en crise. Cela entraîne le système à effectuer des changements soit favorables, et ce sera l'occasion de créations nouvelles, soit défavorables avec le risque d'une dégradation. Les familles ne sont pas opposées au changement, mais cela s'accompagne souvent du malaise de devoir changer ses habitudes, qui sont plutôt sources d'inertie.

Ausloos émet les postulats de l'information pertinente qui est une information qui vient d'un système pour y retourner, et de la compétence qui sous-entend qu'un système ne peut se poser que des problèmes qu'il est capable de résoudre. Il estime donc que seul le système a la compétence pour résoudre le problème auquel il est confronté. En conséquence, le rôle du thérapeute n'est pas de comprendre ou de chercher des solutions, mais d'activer les processus pour que le système trouve sa propre solution.

Quand la crise survient, la parole ne circule plus, l'information nécessaire est bloquée ou inutilisable. Il ne reste plus alors qu'à faire ce que l'on ne peut pas dire : Ausloos décrit cela comme « *l'acting out : mettre en scène au dehors ce qui ne peut être dit au dedans.* ». C'est-à-dire qu'un membre de la famille agit de façon bruyante et inappropriée plutôt que de parler et communiquer dans la famille, car l'équilibre est rompu.

Par ailleurs, un système peut être confronté à un problème qu'il n'a pas généré (maladie, accident, chômage), mais il serait plus juste de parler à ce moment-là d'événement. Et c'est lors de la survenue de l'événement que celui-ci devient ou non un problème pour la famille. Toutes les familles traversent des événements plus ou moins pénibles mais ceux-ci ne deviennent pas nécessairement des problèmes. La réponse donnée par le système face à un événement, est liée à son fonctionnement spécifique.

Fort de ces postulats, Ausloos propose à la famille un travail psychothérapeutique basé sur la compétence de leur propre système : « *Au lieu de proposer une thérapie ou une prise en charge qui le plus souvent déresponsabilise et où je me retrouverais être l'agent du changement, je propose un travail dont l'essentiel est la circularisation de l'information pour aboutir à une « déprise » en charge. J'agis essentiellement comme activateur du processus familial. J'en suis donc arrivé à développer une théorie que j'appelle processuelle, puisqu'il s'agit d'activer le processus. Même si le plus souvent les membres de la famille ne le savent pas, ils disposent des éléments de solution originaux à leurs problèmes spécifiques. En faisant*

émerger cette information dont ils disposent, ils seront en mesure d'élaborer leur autosolution. Au lieu de les considérer comme une famille pathologique ou dysfonctionnelle, je mets en évidence leur propre compétence, avec l'espoir qu'à l'avenir ils n'auront plus besoin du thérapeute pour continuer le processus. »

Pour G. Ausloos, cinq impératifs sont primordiaux pour le thérapeute dans le cadre de la thérapie systémique:

- *« m'occuper de mon confort : en me remettant de la séance, en les connotant positivement, en me mettant ainsi en situation d'avoir envie de continuer le travail avec eux.*
- *Leur refléter mon opinion : en passant des questionnements aux affirmations, en m'impliquant personnellement ; en leur donnant un contenu qui recadre leur situation.*
- *Les surprendre ou les étonner : par les recadrages, la connotation et la prescription.*
- *Les maintenir actifs : en les impliquant, en leur donnant une tâche.*
- *Ne pas les prendre en charge : en mettant de longs intervalles entre les séances, en les situant collaborateurs à un travail. »*

2.4.1.3. Le concept de résonance, Elkaïm :

Elkaïm (2004, 2010) propose le concept de résonance. Elle part du principe de la cybernétique de second ordre selon lequel la réalité ne peut être saisie ni posée indépendamment de l'observateur ; et est la résultante de la co-construction à laquelle se livrent les différentes personnes d'un même système. Avec cette base, on ne parle plus de patient ni de système familial mais de système thérapeutique, qui comprend le patient, la famille et également le thérapeute. La résonance est un concept circulaire et systémique sur la fonction du vécu d'une personne pour les membres du système auquel elle participe. La résonance représente d'une part, le lien entre le passé d'une personne et son vécu à un moment spécifique ; d'autre part, la fonction du vécu de cette personne en tant que renforcement et protection des constructions du monde, des croyances des membres du système auquel elle participe. La résonance a également pour fonction d'amplifier un élément de l'histoire d'une personne, l'élément qui va précisément renforcer le monde de l'autre membre du système. La résonance est liée à une personne mais n'est pas réductible à cette

personne ; elle va renforcer chez les membres du système des croyances, afin de protéger l'homéostasie des constructions du monde du système.

Le vécu du thérapeute a donc une fonction pour le patient dans le système thérapeutique qu'il est intéressant de comprendre. Le vécu du thérapeute ne renvoie pas seulement à son histoire propre mais aussi à la fonction qu'il occupe dans le système thérapeutique.

Dans un système thérapeutique donné, un aspect spécifique de l'histoire du thérapeute est amplifié car il a pour fonction de renforcer la croyance profonde du patient ; tandis que dans un autre système thérapeutique, ce sera un autre aspect de l'histoire personnelle du thérapeute qui sera amplifiée.

Pour le thérapeute, il est donc intéressant de comprendre, d'une part, quels éléments de son histoire personnelle sont à la base de ce vécu amplifié, et d'autre part, de comprendre le rôle de ce vécu pour le patient. L'objectif étant de flexibiliser la résonance et donc le système thérapeutique et d'éviter la répétition.

2.4.1.4. La psychothérapie intégrative centrée sur le problème de Pinsof :

C'est une approche intégrative qui permet de s'orienter parmi l'ensemble des modèles théoriques et guide les interventions du thérapeute. D'après Pinsof (1994, Pinsof cité par Duriez, 2008) la thérapie consiste à résoudre des problèmes humains. Le patient se tourne vers la thérapie lorsqu'il ne parvient plus lui-même à résoudre ses problèmes, d'ordre psychologique, psycho-sociaux, bio-psycho-sociaux. La thérapie centrée sur le problème enseigne au patient des règles et des mécanismes théorie.

Dans cette approche, le patient dans un premier temps présente son ou ses problèmes « *presenting problems* ». Le problème présenté est le point de départ de la thérapie, et la préoccupation constante, il fournit le socle sur lequel le contrat thérapeutique se construit. Ainsi l'objectif principal de la thérapie est de résoudre le ou les problèmes présentés.

Ensuite, le thérapeute définit le système du patient à partir de l'ensemble des facteurs impliqués dans le maintien ou la résolution du problème présenté. C'est un outil clinique. Pour chaque problème présenté, il y aura un système spécifique. Le système est divisé en système direct, constitué pour les sous-systèmes du patient qui viennent aux séances de la thérapie familiale de façon permanente ; et système indirect, constitué pour les sous-systèmes non présents aux séances, ou non systématiquement. La distinction de ces systèmes permet au thérapeute de ne pas oublier les membres absents du système du patient (comme les grands-

parents, le personnel scolaire). Le système du patient inclut les déterminants du problème mais également les ressources pour résoudre les problèmes présentés.

La structure qui maintient le problème est une notion clé. Elle englobe les contraintes empêchant la résolution du problème présenté. L'exploration des contraintes est un processus continu tout au long de la thérapie. Plus la thérapie avance, plus la structure qui maintient le problème va s'enrichir et plus on va approcher d'une représentation vraie du problème. Cette structure qui maintient le problème va guider le thérapeute dans ses interventions et dans le choix d'un modèle thérapeutique.

En ce sens, Pinsof propose six approches de niveaux de plus en plus complexes en fonction du problème présenté et de la structure qui maintient le problème. Pour chaque approche il propose plusieurs orientations théoriques :

- Approche comportementale : Elle s'intéresse à l'organisation de la famille, aux frontières entre les sous-systèmes, aux rôles de chacun, aux interactions visibles. A ce niveau le thérapeute tente de changer les comportements directement.
- Approche bio-comportementale : Elle comprend les interventions éducatives et la pharmacologie par exemple.
- Approche expérientielle : Elle s'intéresse aux cognitions, au sens donné par les membres de la famille, aux événements, aux affects qui vont faciliter le processus de résolution du problème.
- Approche transgénérationnelle : Elle s'intéresse aux liens avec les générations ascendantes.
- Approche psychodynamique : Elle correspond aux interventions qui auront comme objectif d'analyser et de changer les processus de transfert qui ont lieu à l'intérieur de la famille.
- Approche psychologique du moi : Elle s'intéresse à la vulnérabilité du sentiment de soi et au fait que face à cette vulnérabilité, le self est moins fort et le sujet a tendance à ramener à lui tout ce qu'il perçoit comme négatif.

Les trois premières approches se basent sur l'ici et maintenant et visent les contraintes actuelles. Les trois autres approches visent les contraintes historiques et nécessitent la compréhension approfondie des histoires du patient et de sa famille d'origine. La progression vers les différents niveaux va être le résultat de l'échec de l'intervention du thérapeute sur le niveau précédant. La progression du travail est indiquée par l'échec, il ne s'agit pas d'explorer le problème au-delà du niveau nécessaire pour obtenir un changement. Il ne faut cependant

pas perdre le lien entre les travaux faits dans les différents niveaux, et plutôt faire des allers-retours entre ces niveaux, le travail est circulaire.

La psychothérapie intégrative offre au thérapeute des alternatives d'interventions en cas d'inefficacité.

2.4.2. L'alliance thérapeutique et les thérapies systémiques:

Dans son livre, Ausloos (2001) ne fait pas mention de l'alliance thérapeutique, pourtant quelques notions s'y apparentent : Notamment lorsqu'il parle d'impliquer les familles en leur donnant des tâches, de les maintenir actifs dans la thérapie, et de les situer en collaborateurs au travail. Cela reflète tout à fait la notion de collaboration de Bordin, qui implique que le thérapeute et le patient forment un partenariat contre la souffrance du patient, et qu'une compréhension mutuelle s'établisse.

Baillargeon (2005), comme Pinsof, considère que l'alliance unit les systèmes du patient et du thérapeute pour créer un système thérapeutique efficace, elle se compose principalement de l'investissement psychique que chacun des systèmes apporte à la relation et de la capacité de chaque système à collaborer pour qu'un changement se produise dans le système du patient. L'alliance ici se définit selon deux dimensions : la dimension tripartite et la dimension interpersonnelle. Le système du patient est représenté par le patient, sa famille, ses professeurs, son médecin, s'ils ont un lien direct ou indirect avec les problèmes présentés. Le système du thérapeute est constitué du thérapeute, d'un co-thérapeute éventuellement, mais également de membres de l'équipe institutionnelle, de superviseur.

La dimension tripartite de l'alliance thérapeutique est celle définie par Bordin, avec l'accord sur les tâches, l'accord sur les objectifs et la relation affective.

La dimension interpersonnelle est issue de la psychothérapie intégrative centrée sur le problème de Pinsof. Dans cette dimension, la relation entre les systèmes du patient et du thérapeute comprend les sentiments, les pensées, les prédispositions de réponse que les membres des systèmes entretiennent les uns avec les autres. Cela amène à considérer l'alliance thérapeutique comme un système qui se subdivise en quatre niveaux :

- Alliances individuelles : entre chaque thérapeute et chaque membre de la famille.
- Alliances sous-systémiques : alliances entre les thérapeutes et les sous-systèmes de la famille, un sous-système est par exemple tous les membres de la fratrie ou les deux parents.

- Alliances avec le système entier : alliance que les thérapeutes établissent avec la famille élargie dans son ensemble, et qui est qualitativement différente de la somme des autres types d'alliance.
- Alliances intrasystémique : alliance qui se forme soit entre les membres de la famille eux-mêmes, soit entre les co-thérapeutes.

Pour chaque niveau, l'alliance se subdivise selon les trois dimensions citées plus haut. Chaque niveau de l'alliance s'influence mutuellement. L'alliance totale n'est pas le résultat de la simple addition de tous les niveaux, certains niveaux peuvent jouer un rôle plus important que d'autres dans la détermination de la force de l'alliance thérapeutique totale et donc dans la facilitation du changement. Toutes les alliances ne sont pas forcément de bonne qualité.

Pour entraîne parfois une alliance partagée : cela signifie que le thérapeute a une alliance de bonne qualité avec un sous-système du système patient et une alliance négative avec un autre sous-système. Avec une alliance partagée, la thérapie peut s'arrêter prématurément, ou se poursuivre malgré tout, et dans ce cas, deux critères sont déterminants pour la viabilité de la thérapie : le pouvoir relatif des sous-systèmes avec lesquels le thérapeute a une alliance partagée ; et la force de l'alliance avec chacun de sous-systèmes pertinents.

Pinsolf et Catherall (cité par Duriez, 2008) ont élaboré une échelle d'évaluation de l'alliance thérapeutique basée sur cette théorie : FTAS, *family therapy alliance scale*. Une étude réalisée avec cette échelle a montré que la qualité de l'alliance à l'intérieur du système est prédictrice des résultats de la thérapie, que si l'alliance thérapeutique avec l'ensemble des systèmes et l'alliance avec chaque individu sont en accord, alors elles sont prédictrices de bons résultats.

2.5. Apport des thérapies cognitivo-comportementales au concept d'alliance:

2.5.1. Thérapies cognitivo-comportementales :

D'après Cottraux (2011), la thérapie cognitivo-comportementale cherche à modifier les facteurs de déclenchement et de maintien des perturbations comportementales, cognitives et émotionnelles perçues par le patient. Le but final est d'accroître les possibilités d'autogestion du sujet.

Les émotions, la prise de conscience et le problème des structures mentales inconscientes sont abordés par d'autres moyens que le transfert. La brièveté de la thérapie, la

situation de face à face, la structuration des séances par un agenda, le caractère pédagogique de la relation, le fait de proposer des programmes d'activités en dehors des séances, ne le favorisent pas. Le transfert est ici, découragé par l'approche réaliste proposée au patient et qui empêche la régression.

Il est à noter cependant, que la thérapie cognitive de Beck représente une synthèse de certains aspects de la psychanalyse et de la thérapie comportementale classique. De la psychanalyse vient l'intérêt porté à l'identification des thèmes latents dans la pensée du patient, à la mise en évidence des interactions entre pensées, affects et comportement, et à la genèse historique des schémas cognitifs. De la thérapie comportementale viennent la structuration des séances, la définition de buts thérapeutiques, l'opérationnalisation des techniques thérapeutiques et d'évaluation.

Alford et Beck (cités par Cottraux, 2011) ont défini la relation thérapeutique en thérapie cognitive comme une relation de collaboration empirique qui serait comparable à celle de deux savants travaillant ensemble sur un problème. Elle sert de fondement à l'apprentissage qui est aussi lié aux changements cognitifs du sujet. Cependant, le changement est dû aux capacités du sujet, pas seulement à la relation, et doit se généraliser dans d'autres contextes que la thérapie. Il convient donc de laisser la responsabilité du changement au sujet sans exagérer l'importance du rôle du thérapeute. La relation thérapeutique définie ainsi, est une condition nécessaire mais non suffisante.

Le déroulement d'une thérapie cognitivo-comportementale est très codifié :

- Analyse motivationnelle
- Etablissement d'une relation thérapeutique
- Analyse fonctionnelle : définition du comportement problème, mise en relation du comportement avec les émotions et les pensées
- Explication du problème psychopathologique
- Définition d'un objectif au traitement
- Mise en œuvre d'un programme de traitement
- Développement des capacités d'auto-guérison, d'autogestion
- Evaluation des résultats du traitement.

Il existe en thérapie cognitivo-comportementale, une multitude d'approches théoriques et thérapeutiques, comme par exemple : le modèle cognitif du traitement de l'information et les schémas cognitifs, la théorie des scripts, l'entretien motivationnel basé sur les stades de la

motivation au changement de Proshaska, la méthode socratique de discussion et de questionnements, la contradiction des hypothèses, la résolution des problèmes...

2.5.2. L'alliance thérapeutique et les thérapies cognitivo-comportementales :

D'après Raue et Goldfried (1994), en thérapie cognitivo-comportementale, la relation affective entre le thérapeute et le patient est considérée comme un prérequis nécessaire au travail thérapeutique spécifique. Les caractéristiques du thérapeute, comme la chaleur, l'empathie, sont d'importants facteurs qui contribuent à la force de la relation thérapeutique. La relation ainsi développée sert de base à l'encouragement de comportements appropriés. Le thérapeute et le patient travaillent comme une équipe, en collaboration. Le rôle du patient est de s'ouvrir à l'exploration de ses pensées, émotions, comportements. Le rôle du thérapeute est de guider cette exploration. Les deux travaillent ensemble pour identifier les pensées, émotions, comportements non adaptés et ensuite pour élaborer des objectifs pour les modifier. Dans les premières phases de la thérapie, le thérapeute est plus actif en donnant des tâches à faire au patient, et progressivement il encourage le patient à être de plus en plus actif.

Raue et Goldfried (1994) reprennent la définition de Gelso et Carter qui ont décrit, en 1985, trois composantes de la relation en thérapie cognitivo-comportementale :

- L'alliance thérapeutique : représente l'attachement entre la partie raisonnable du patient et le thérapeute. Cela se rapproche de la définition de Bordin.
- Le transfert : représente la répétition de conflits passés et la projection de sentiments et comportements en lien avec ces conflits sur le thérapeute. Cela correspond à la distorsion de sentiments et comportements.
- La relation réelle : représente les sentiments et comportements non distordus, développés entre le patient et le thérapeute, dans l'ici et maintenant.

Ces trois dimensions sont interdépendantes.

Cette relation thérapeutique, a plusieurs fonctions :

- Elle permet de renforcer la vision positive qu'a le patient du thérapeute, et permet donc au thérapeute d'influencer le patient.
- A travers cette relation, le thérapeute peut préparer le patient au changement, en instillant l'espoir, en augmentant sa motivation, en encourageant le succès.

- Cette relation prévient l'apparition de résistances, qui sont définies comme les pensées, comportements, attitudes du patient qui vont à l'encontre du processus de changement. Elle permet de gérer les résistances.

Nous voyons donc qu'en thérapie cognitivo-comportementale, l'alliance thérapeutique est considérée comme une des composantes de la relation thérapeutique qui elle-même est définie comme étant la base sur laquelle s'appuie le travail thérapeutique spécifique. L'alliance n'est pas perçue comme thérapeutique en elle-même, néanmoins elle est nécessaire à l'accomplissement des interventions spécifiques du thérapeute.

2.6. Conclusion :

Nous voyons donc en quoi les différentes théories psychothérapeutiques ont pu approfondir le concept d'alliance thérapeutique tout en respectant sa dimension trans-théorique.

Avec cet apport, cliniciens et chercheurs ont également pu intégrer dans leurs pratiques quotidiennes la notion d'alliance et élaborer des stratégies basées sur l'alliance, pour améliorer les résultats d'une thérapie ; comme par exemple, en thérapie d'enfants-adolescents.

3. L'alliance thérapeutique en psychothérapie de l'enfant et de l'adolescent :

La psychothérapie d'enfant-adolescent comporte des différences avec la psychothérapie d'adulte. L'enfant-adolescent n'est pas simplement un adulte plus petit. Il passe par de nombreuses phases développementales pour parvenir à être adulte. Et il n'acquiert que progressivement certaines compétences et capacités ; il est souvent peu conscient de ses difficultés et il ne peut s'engager dans un travail psychothérapeutique.

Les parents, la fratrie sont directement impliqués dans la vie et donc dans l'évolution de l'enfant-adolescent ; sur différents niveaux, émotionnel, affectif, relationnel, cognitif, matériel. Par ailleurs, l'école joue également un rôle important sur la socialisation et les apprentissages de l'enfant-adolescent. Il est possible également de retrouver d'autres intervenants dans le quotidien de l'enfant-adolescent, comme le médecin traitant, divers professionnels de santé, ou des professionnels de l'Aide Sociale à l'Enfance.

Puisque tout l'environnement de l'enfant-adolescent intervient au quotidien dans son développement, il est primordial en psychothérapie d'enfant-adolescent, de le prendre en compte, de lui donner une place particulière.

Ajoutons à cela que bien souvent l'enfant-adolescent ne reconnaît pas ses difficultés et consulte parce qu'on l'y amène ; dans ce cas, le regard des parents, de l'école est primordial pour problématiser la situation. Il est important par la suite de travailler avec ces partenaires en parallèle du travail avec l'enfant-adolescent pour s'assurer d'un changement global, à tous les niveaux.

Avec ses spécificités, la psychothérapie d'enfant-adolescent ne peut pas se calquer parfaitement sur la psychothérapie d'adulte ; tant sur les modèles théoriques que sur la pratique.

Cependant, d'après de multiples études (Flückiger, Del Re, Wampold, Symonds, Horvath, 2012, Karver, Handelsman, Fields, Bickman, 2006, Green 2006, Karver, Handelsman, Fields, Bickman, 2005, Shirk, Saiz, 1992), le concept d'alliance thérapeutique s'avère aussi intéressant et aidant en psychothérapie d'enfant-adolescent ; une bonne alliance thérapeutique influence de manière positive les résultats, avec un lien modéré et robuste.

3.1. Psychothérapie de l'enfant et de l'adolescent :

3.1.1. Généralités :

En psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, les notions de normal et pathologique sont primordiales mais difficiles à différencier. Si un certain nombre de symptômes ou de conduites apparaissent franchement pathologiques, les limites avec la normalité sont parfois très floues. De ce fait la mise au point d'outils de mesure et d'évaluation objectives est délicate. D'autre part, de nombreux enfants-adolescents peuvent signaler la présence de symptômes caractéristiques d'un trouble sans pour autant en ressentir la gêne. Dans ce cas, doit-on considérer l'enfant-adolescent comme malade ? Par ailleurs, la définition du normal et du pathologique est également très différente en fonction de l'âge de l'enfant-adolescent, de son niveau d'évolution et de maturité. Enfin, les effets de l'environnement sont complexes et intriqués.

Par ailleurs, la notion d'approche multi-axiale est particulièrement intéressante en psychiatrie de l'enfant-adolescent car elle découle de la complexité des facteurs pertinents à prendre en compte en thérapie. Cette approche consiste à tenter pour un sujet de distinguer le

plan clinique du plan structural ou de la personnalité, mais également d'autres dimensions pertinentes. On peut ainsi distinguer l'axe des potentialités cognitives, l'axe des maladies organiques, l'axe des événements de vie, l'axe des aspects psychosociaux, l'axe du fonctionnement global, etc. En fonction de la situation particulière, tel ou tel axe pourra être analysé avec précision. Certains axes font partie des classifications internationales qui sont un véritable point d'appui pour les thérapeutes.

Pour Marcelli (2009), les principales classifications utilisées en France sont : la *classification internationale des maladies, 10^{ème} version, CIM-10* ; le *manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, 5^{ème} édition, DSM-V* ; la *classification française des troubles mentaux de l'enfant et de l'adolescent, CFTMEA*.

En pratique, il est souvent nécessaire d'effectuer plusieurs entretiens d'accueil ou d'investigation afin d'évaluer la nature des difficultés, le siège et l'intensité de la souffrance, le niveau exact de la demande et la problématique de l'enfant-adolescent d'une part et de ses parents d'autre part, la capacité de modification des interactions, le niveau de motivation de l'enfant-adolescent et de ses parents, les capacités de réflexion et d'élaboration de chacun. Les modalités d'entretien et les techniques d'investigation sont à adapter en fonction de l'enfant-adolescent et de son âge, des parents et bien sûr du thérapeute qui privilégiera les techniques qu'il affectionne.

Au terme de ces entretiens d'évaluation, éventuellement complétés par des investigations spécifiques (bilan orthophonique, psychomoteur, psychologique, somatique), la synthèse de ces renseignements permet d'élaborer des hypothèses diagnostiques et des projets de soins. Il convient ensuite de discuter de ces réflexions avec l'enfant-adolescent et sa famille afin de mettre en place un projet de soins consensuel ; il ne s'agit en aucun cas d'imposer des soins à l'enfant-adolescent ou à sa famille.

Par ailleurs, les premières rencontres avec l'enfant-adolescent sont d'une importance majeure, et peuvent être considérées comme thérapeutiques, avant même l'engagement dans une psychothérapie. En effet, ici le travail du thérapeute consiste avant tout à permettre qu'un climat favorable s'établisse, pour que l'enfant-adolescent et le thérapeute puissent se rencontrer. Etablir une communication, une relation est l'objectif principal de la consultation thérapeutique car cela offre à l'enfant-adolescent un espace dans lequel il va pouvoir se découvrir et exprimer spontanément ses difficultés.

(Marcelli, 2009)

3.1.2. Spécificités :

3.1.2.1. Développement de l'enfant-adolescent :

Le développement psycho-affectif et global de l'enfant-adolescent, est un mécanisme progressif, continu et permanent. Dans un souci de compréhension, des stades ont été décrits en fonction de l'âge, et même si cela doit rester souple, et ne pas enfermer l'enfant-adolescent dans des limites normatives ; il est intéressant pour le thérapeute de garder en tête ces différents stades développementaux afin de comprendre et de s'adapter au mieux aux compétences de l'enfant-adolescent. Marcelli (2009) résume les différentes visions du développement de l'enfant.

Le nouveau-né vient au monde avec un équipement insuffisant pour s'adapter activement à l'environnement. Ce rôle est dévolu à l'entourage du bébé pendant les premières années. Pour se développer sur le plan somatique, psychique et comportemental, l'individu doit s'organiser progressivement en fonction du programme génétique inné, d'une part, et des informations environnementales acquises, d'autre part.

Plusieurs auteurs ont théorisé ce développement, comme Piaget qui s'est particulièrement intéressé au développement de la pensée et du raisonnement, Wallon, avec un regard global sur le développement, ou Freud qui s'est intéressé au développement psychique émotionnel.

Sur le plan somatique, dans le processus de maturation qui se réfère au développement morphologique et physiologique de l'homme jusqu'au moment où il arrive à son état de maturité, on doit distinguer l'anatomie (la morphologie proprement dite), les fonctions (les systèmes potentiels), et les fonctionnements (l'activation de ces systèmes).

Piaget (cité par Marcelli, 2009), en psychologie du développement, décrit l'évolution du fonctionnement cognitif de l'enfant en plusieurs stades, dont la finalité est l'adaptation de l'individu à son environnement par l'assimilation et l'accommodation. Outre la maturation neurologique, deux séries de facteurs interviennent dans cette évolution : l'exercice et l'expérience acquise dans l'action effectuée sur les objets ; et les interactions et transmissions sociales. Les stades qu'il décrit sont les suivants :

- Période de l'intelligence sensori-motrice : de 0 à 2 ans. A ce stade, le nourrisson évolue par schèmes d'actions motrices, qui représentent des unités comportementales élémentaires. C'est par l'expérience et l'exercice sensori-moteur que s'organisent progressivement les conduites significatives et intentionnelles.
- Période préopératoire : de 2 à 6 ans. C'est l'accession progressive à l'intelligence représentative. L'enfant développe sa fonction symbolique par le langage, l'imitation différée, l'image mentale, le dessin, le jeu symbolique. Chaque objet est représenté, c'est-à-dire qu'il correspond à une image mentale permettant d'évoquer cet objet en son absence.
- Période des opérations concrètes : de 7 à 12 ans. Cette période marque un grand progrès dans la socialisation et l'objectivation de la pensée. L'enfant devient capable de décentration, il peut coordonner plusieurs points de vue et en tirer les conséquences, mais il nécessite un support concret. L'enfant prend conscience de sa propre pensée et de celle des autres, les échanges sociaux s'enrichissent, une véritable coopération de groupe devient possible, les jeux entre enfants se complexifient.
- Période des opérations formelles : à partir de 12 ans. L'adolescent peut raisonner à partir de seuls énoncés verbaux, abstraits.

Wallon (cité par Marcelli, 2009), en psychologie du développement, décrit également plusieurs stades d'évolution, en se référant à deux axes majeurs : l'axe de l'affectivité-émotivité et l'axe de l'équilibre tonico-moteur :

- Stade impulsif pur : le nouveau-né a une réponse motrice réflexe aux différentes stimulations ; tantôt une grande décharge motrice sans contrôle supérieur ; tantôt un réflexe adapté à son objet (suction, préhension).
- Stade émotionnel : vers le 6^{ème} mois. Les signaux s'orientent progressivement vers le monde humain et ne sont plus uniquement des signaux réflexes. Le bébé a des besoins physiologiques mais également des besoins affectifs et émotionnels. Le bébé réclame des apports affectifs qu'il partage avec les adultes.
- Stade sensori-moteur : 12-24 mois. L'activité sensori-motrice évolue vers l'intention de conduites propres à la découverte d'expériences nouvelles : la marche, la parole

- Stade projectif : vers 2 ans. L'activité motrice stimule l'activité mentale, en d'autres termes, l'acte est l'accompagnement nécessaire de la représentation.
- Stade du personnalisme : de 2 ans et demi à 5 ans. L'enfant parvient à une image de soi, une représentation de soi qui va se traduire par une phase d'opposition. Par la suite, l'enfant développe une sensibilité excessive à autrui, et apparaissent la gêne, la honte.
- Stade de la personnalité polyvalente : à partir de 6 ans. Avec la socialisation, l'enfant participe à de nombreux jeux de groupe, change de rôle, de fonction, multiplie les expériences sociales. (Marcelli, 2009)

Freud (1938), dans sa théorie psychanalytique, estime que le développement psychique de l'enfant passe, entre autre, par le développement de la fonction sexuelle avec ses différents stades libidinaux, qui débutent dès la naissance. L'enfant ne suit cependant pas un développement parfaitement linéaire, mais fait des allers retours d'un stade à l'autre. L'ensemble de cette expérience vécue succombe à un refoulement dans l'inconscient et est oublié :

- Stade oral : La source de la pulsion est la cavité buccale et son objet est le sein maternel. Toute l'activité psychique est agencée pour procurer la satisfaction au besoin de cette première zone érogène. Cette satisfaction sert, en premier lieu, à l'autoconservation par la nutrition, mais également à obtenir un gain de plaisir indépendant de la nutrition et qui se manifeste dans le suçotement maintenu de l'enfant. Ce plaisir doit donc être qualifié de sexuel. Au cours de ce stade, la relation d'objet évolue du narcissisme primaire au stade de la relation à l'objet partiel. Le stade narcissique correspond à la non-différenciation mère-bébé, seuls sont reconnus les états de tension et de quiétude. Progressivement, avec la répétition des expériences de gratifications et de frustrations orales, le premier objet partiel, le sein, commence à être perçu, avec une différenciation entre le bon objet qui nourrit et le mauvais objet qui frustre.
- Le stade anal : La source pulsionnelle devient la muqueuse anorectale et son objet est les matières fécales. Ce stade débute avec l'apprentissage du contrôle sphinctérien. La satisfaction est recherchée dans l'agression et la

fonction d'excrétion. Le sadisme est un mélange en quelque sorte de pulsions libidinales et de pulsions destructrices.

- Le stade phallique : La source de la pulsion est les organes génitaux et l'objet de la pulsion est représenté par le pénis chez le garçon comme chez la fille. Cette phase est similaire à la configuration définitive de la vie sexuelle. Cependant c'est seulement l'organe génital masculin qui joue un rôle ici, l'organe génital féminin reste longtemps inconnu. Les enfants partent de la présupposition universelle du pénis ; mais ensuite les filles et les garçons vont évoluer de manière différente.
- Le complexe d'Œdipe du garçon : Le garçon a appris à se procurer du plaisir émanant de son sexe par stimulation manuelle, et il devient l'amant de sa mère, il souhaite la posséder. Il cherche à remplacer auprès d'elle, son père, qui avait été auparavant son modèle, en raison de sa force corporelle et de son autorité. Son père est maintenant son rival. Par la suite, le garçon va vivre le trauma le plus fort de sa vie, si deux conditions sont réunies : La menace de castration du père, son rival ; et la vision d'un organe génital féminin, auquel il manque réellement ce morceau tant estimé. Pour sauver son membre sexué, il renonce plus ou moins complètement à la possession de sa mère. De là, vont émerger d'une part, une passivité face au père par le développement de la féminité du garçon ; d'autre part, une position de défi face au père toujours et une angoisse et une haine grandissantes. Le reste de la fixation érotique de la mère se retrouve dans une dépendance excessive envers elle. Enfin, l'enfant ne se hasarde plus à aimer la mère mais il ne peut pas risquer de ne pas être aimé par elle car il est alors en danger d'être trahi et livré à la castration auprès du père.
- Le complexe d'Œdipe chez la fille : Elle doit réagir au fait qu'elle n'a jamais eu de pénis. Dès le début, elle envie le garçon d'en posséder un. Elle fait d'abord de vaines tentatives pour égaler le garçon, et plus tard elle fait des efforts pour se dédommager de son défaut, ce qui pourra l'amener à la position féminine normale. Dans la phase phallique, elle essaie de se procurer du plaisir par stimulation manuelle de l'organe génital mais n'obtient pas de satisfaction suffisante, et étend à toute sa personne, son jugement d'infériorité de son pénis atrophié. En général elle abandonne la masturbation. Sous l'influence de l'envie du pénis, elle se détache de la

mère aimée à qui elle ne peut pardonner de l'avoir mise au monde ainsi. Dans la rancœur elle abandonne la mère et la remplace par le père comme objet d'amour, avec l'aide d'un mécanisme d'identification à la mère, l'objet d'amour perdu. Elle se met donc à la place de la mère, elle veut la remplacer auprès du père, elle la hait par jalousie et par vexation du pénis refusé. Son rapport au père a pour contenu dans un premier temps le souhait de disposer de son pénis, puis le souhait d'avoir un enfant de lui. La fille, par l'effet de son manque de pénis entre dans le complexe d'Œdipe.

- Période de latence : Elle représente une pause dans le développement de la fonction sexuelle. Vers six ans jusqu'à la puberté environs.
- Stade génital : A la puberté, la fonction sexuelle atteint son organisation définitive avec la conservation de nombreux investissements de libido antérieurs ; l'admission de nouveaux investissements de libido en tant qu'actes préparatoires dont la satisfaction produit le plaisir préliminaire ; et enfin, d'autres tendances sont soit exclues, réprimées, soit utilisées différemment dans le moi (sublimation avec déplacement de but avec la formation de traits de caractère par exemple).

Erikson (cité par Marcelli, 2009) propose une théorie du développement basée sur son travail anthropologique. Il décrit plusieurs étapes de la relation de l'enfant au monde social. Pour lui, les stades de développement psycho-affectif de Freud sont à intégrer dans une régulation globale culturelle entre l'enfant en développement, sa famille, la culture et les traditions de la société.

Pour créer une relation thérapeutique avec l'enfant-adolescent, le thérapeute peut utiliser différents modes de communication en fonction de l'âge et du développement de l'enfant : le jeu, le dialogue imaginaire, le dessin, le dialogue classique.

L'enfant, et ce d'autant plus qu'il est jeune, ne raconte pas ses difficultés à la manière objectivante comme peut le faire un adulte.

Par ailleurs, d'après DiGiuseppe, Linscott, Jilton (1996), la capacité d'auto-évaluation, par exemple, qui influence la capacité de l'enfant-adolescent à établir une alliance thérapeutique, est en lien avec son développement psychique et donc avec son âge. Il semble que les enfants de moins de dix ans ne parviennent pas à appréhender leurs propres difficultés

psychiques. En revanche, les enfants plus âgés semblent utiliser un processus de comparaison sociale pour leur auto-évaluation.

3.1.2.2. L'enfant, l'adolescent, adressé par un tiers en psychothérapie :

La plupart du temps l'enfant-adolescent ne vient pas de lui-même en thérapie. Il est adressé par ses parents, son école, son pédiatre, ou autre professionnel qui s'inquiète pour lui ; et c'est aux parents de faire la démarche de prendre rendez-vous, d'amener l'enfant-adolescent. Dans ce contexte, l'enfant-adolescent n'est pas en demande d'aide et souvent ne sait pas à quoi s'attendre en venant à la consultation où ses parents l'amènent.

Pour un adulte, parvenir à penser qu'un professionnel de santé va pouvoir l'aider est un processus difficile et qui peut prendre plusieurs mois ou années. L'enfant-adolescent amené en thérapie n'a pas effectué ce travail psychique interne, et même s'il peut être conscient d'avoir des difficultés sources de souffrance, il n'est pas nécessairement capable de penser qu'une aide extérieure serait bénéfique.

D'un point de vue des stades de motivation au changement de Prochaska (1992), nous pouvons considérer que l'enfant-adolescent amené par un tiers en consultation est le plus souvent au stade de la précontemplation.

D'un point de vue de l'alliance, nous pouvons penser qu'il sera plus difficile de trouver un consensus sur les tâches et sur les objectifs de la thérapie, cependant la relation affective pourra malgré tout bien s'établir.

3.1.2.3. Les parents :

Il semble primordial que le thérapeute travaille à l'établissement d'une alliance thérapeutique de bonne qualité avec les parents, en parallèle de son travail avec l'enfant-adolescent pour plusieurs raisons :

L'enfant-adolescent dépend de ses parents sur différents niveaux, affectif, émotionnel, relationnel, transgénérationnel, éducatif... Et les difficultés de l'enfant-adolescent sont en liens étroits avec ces niveaux. Par exemple, il est intéressant de prendre en compte, dans le développement classique et pathologique de l'enfant-adolescent, les projections parentales, les transmissions dont le sujet est héritier, les répétitions ou les révélations d'histoires parentales, et en particulier les histoires traumatiques. Le développement du sujet, de sa personnalité sera marqué par ces projections, ces attentes, ces fantasmes qui s'imposent à lui,

et avec lesquels il va se débattre, qu'il va s'approprier, intérioriser de façon plus ou moins heureuse. (Ciccone, 2007).

A noter également que l'enfant-adolescent dépend de ses parents s'un point de vue matériel, ce sont bien ses parents qui l'amènent en thérapie.

Il est important d'avoir le point de vue, le sentiment, le ressenti des parents sur l'enfant-adolescent et ses difficultés, afin de mieux comprendre la problématique dans sa globalité ; comme il est important d'avoir leur sentiment sur l'évolution au cours de la thérapie. Un lien permanent est donc à entretenir avec la famille.

Si un travail sur les relations familiales est indiqué, il faut pouvoir évaluer la capacité des parents à se mettre au travail et les accompagner dans cette démarche.

Cependant, bien souvent, diverses difficultés font obstacle à l'établissement de cette alliance thérapeutique ; et il est important de prendre le temps de les travailler. Les parents peuvent avoir une représentation négative de la psychiatrie ; ils peuvent être réticents ou même opposés à ce que leur enfant-adolescent ait des soins psychiques ; ils peuvent ne pas se sentir impliqués directement dans les difficultés et donc les soins de leur enfants, adolescent ; ils peuvent être dans l'ambivalence ou le déni des troubles de leur enfant-adolescent ; ou ils peuvent plus simplement ne pas se représenter la possible efficacité d'une aide extérieure et professionnelle pour leurs difficultés intrafamiliales. Secondairement, s'ils sont prêts à s'impliquer dans une démarche de soins psychiques pour leur enfant-adolescent, ils peuvent avoir leurs propres attentes, leurs propres revendications plus ou moins compatibles entre elles et entraîner des conflits.

(Rusconi Serpa, 2009). (Hervé, Maury, 2004)

3.1.2.4. Les autres intervenants :

Dans l'environnement quotidien de l'enfant-adolescent, se trouvent bien évidemment ses parents, sa fratrie, sa famille, mais aussi son professeur, son école, son médecin traitant, son orthophoniste ou autre professionnel de santé en libéral, et parfois même les professionnels de l'Aide Sociale à l'Enfance.

Il est intéressant de créer des liens relationnels avec ces partenaires extérieurs au cercle familial pour de multiples raisons :

Ils interviennent au quotidien dans la vie de l'enfant-adolescent, et peuvent avoir un autre regard sur la problématique qui pourra contribuer à comprendre plus précisément la situation.

Souvent ce sont eux qui adressent l'enfant-adolescent et sa famille vers le lieu de soins, il est donc important, après avoir recueilli leurs sentiments, de leur transmettre des informations sur le travail engagé avec l'enfant-adolescent et sa famille.

Il faut cependant, s'assurer d'avoir l'accord des parents avant de contacter ces partenaires, respecter un cadre déontologique, ne pas tout dévoiler du travail en cours dans le cadre du respect du secret professionnel. Ces partenaires sont primordiaux mais il faut veiller à ce qu'ils restent à la place particulière qui convient à leur rôle dans le processus thérapeutique.

Par exemple, la demande de certains enseignants peut refléter une préoccupation sincère face aux difficultés scolaires et relationnelles de l'enfant-adolescent ; mais peut aussi avoir avec un besoin de voir l'enfant-adolescent se conformer aux normes sociales, éducatives et culturelles. La qualité de la demande de consultation par l'école influence en partie la nature de la demande parentale et doit aussi être analysée grâce à des réunions avec les enseignants, en veillant par ailleurs à ne pas dévoiler trop d'informations cliniques pour respecter un certain cadre déontologique. (Marcelli, 2009).

3.2.L'alliance thérapeutique en psychothérapie de l'enfant et de l'adolescent :

3.2.1. Généralités :

Nous avons vu dans les chapitres précédents qu'en psychothérapie adulte, l'alliance thérapeutique est un facteur primordial à prendre en compte. Nous pouvons légitimement supposer que ce facteur reste tout aussi important et prédictif de bons résultats en psychothérapie d'enfant-adolescent. Cependant, il nous faut adapter ce facteur aux spécificités des psychothérapies infantiles que nous avons détaillées plus haut.

Karver, Handelsman, Fields, Bickman, (2006), ont conclu de leur méta-analyse que les facteurs suivants ont une influence sur les résultats, dans une psychothérapie d'enfants et adolescents, quelle qu'elle soit :

- Le comportement directif du thérapeute et la relation thérapeutique entre le thérapeute et l'enfant, l'adolescent, ont une influence modérée à forte sur les résultats.

- Les capacités facilitantes du thérapeute (la chaleur, l'empathie), la motivation de l'enfant-adolescent à participer à la thérapie ainsi que celle de ses parents, la participation du jeune, et de ses parents, ont une influence modérée sur les résultats.
- L'alliance thérapeutique avec le jeune, l'autonomie du jeune, les affects du jeune patient envers le thérapeute, la relation thérapeutique avec les parents et l'alliance thérapeutique avec la famille, sont des facteurs ayant une influence modérée à faible sur les résultats.
- Enfin, la façon dont le thérapeute se livre sur ses ressentis, expériences personnelles, n'influence pas les résultats.

Il est à noter que dans cette méta-analyse, la grande majorité des études incluses (80%) ont analysé des psychothérapies basées sur les thérapies cognitivo-comportementales. Or les thérapeutes cognitivo-comportementalistes ont une attitude directive contrairement aux thérapeutes psychanalystes. Nous comprenons donc que ce critère a pu être significatif, puisque largement représenté.

Les auteurs ont considéré que la relation thérapeutique et l'alliance thérapeutique sont similaires, à ceci près que l'alliance est une forme plus mature de la relation thérapeutique. Cependant, dans les études incluses, la différence entre les deux n'est pas si claire, un grand nombre d'échelles a été utilisé pour mesurer l'alliance ou la relation thérapeutique, de plus les mesures n'ont pas été effectuées aux mêmes moments de la thérapie. Cela entraîne une certaine hétérogénéité dans l'évaluation de l'alliance thérapeutique, ce qui pourrait impliquer que son influence sur les résultats est sous-estimée dans cette méta-analyse.

Les auteurs soulignent également que dans l'évaluation de l'alliance ou de la relation thérapeutique sont inclus, sans différenciation, les critères affectifs, cognitifs et comportementaux. Or l'hypothèse est faite que ces différents critères n'évoluent pas de la même manière lors de la thérapie, et que le fait de les évaluer séparément, pourrait permettre d'être plus précis quant à leur influence sur les résultats.

Green et son équipe (2006) ont réalisé une étude ayant conclu que l'alliance avec l'enfant-adolescent et celle avec les parents sont deux facteurs indépendants. L'alliance avec l'enfant-adolescent est indépendante du diagnostic de départ, sauf si les problèmes sont de type externalisé, (agressivité, troubles du comportement). Et enfin, l'alliance avec les parents dépend du fonctionnement familial avant la thérapie.

Shirk et Saiz (1992) ont établi que les éléments qui influencent la capacité de l'enfant-adolescent à former une alliance thérapeutique sont :

- Le type d'attachement
- La capacité d'auto-évaluation
- La capacité à attribuer des origines internes à ses comportements et émotions.

Karver, Handelsman, Fields, Bickman, (2005) ont établi des hypothèses à propos de l'influence de l'alliance thérapeutique avec les parents sur les résultats de différentes manières :

- Le traitement peut être focalisé sur le changement des parents, ce qui va impacter sur l'enfant ; et dans ce cas l'alliance thérapeutique avec les parents va être cruciale.
- Le traitement est focalisé sur l'enfant ; et dans ce cas l'alliance thérapeutique avec les parents va permettre d'obtenir des informations importantes, va permettre que les parents surmontent les obstacles à la participation à la thérapie, va permettre que les parents encouragent et soutiennent l'enfant dans sa participation au traitement et dans la généralisation des changements en dehors de la thérapie.

Si d'autres membres de la famille sont impliqués dans la thérapie, l'alliance thérapeutique avec chaque personne est à prendre en compte et donc à travailler.

En psychothérapie d'enfant-adolescent, le thérapeute doit donc faire alliance avec au moins deux sujets pouvant avoir des besoins très différents. Chaque dyade en présence interagit et ces interactions sont influencées par la présence du troisième. Le thérapeute doit prendre en compte la façon dont sa relation avec la mère affecte l'enfant-adolescent, la façon dont sa relation avec l'enfant-adolescent affecte la mère, ainsi que ses propres sentiments. (Hervé M-J, 2008).

3.2.2. Les stratégies d'amélioration de l'alliance thérapeutique en psychothérapie d'enfant-adolescent :

3.2.2.1. Modèle théorique sur les facteurs relationnels en thérapie familiale et en thérapie de l'enfant-adolescent :

Différentes méta-analyses ont prouvé que l'alliance thérapeutique a une influence positive sur les résultats d'une psychothérapie d'enfant-adolescent, cependant les multiples

variables relationnelles n'ont pas été étudiées séparément dans leurs liens à l'alliance, aux résultats et entre elles.

A partir de la littérature, Karver, Handelsman, Fields, Bickman, (2005) ont élaboré un modèle théorique sur les variables relationnelles et leurs influences sur les résultats d'une psychothérapie d'enfant-adolescent. Dans leur modèle, les différentes variables sont interdépendantes et il se produit une réaction en chaîne jusqu'aux résultats.

Les premiers éléments pris en compte sont les caractéristiques du patient et celles du thérapeute, qui sont présentes avant le début de la thérapie. Les caractéristiques du patient sont le problème présenté, l'âge, le développement psychique, le fonctionnement interpersonnel et les attentes vis-à-vis de la thérapie de l'enfant; sont également incluses dans les caractéristiques présentes avant la thérapie certains critères émanant des parents comme leur fonctionnement interpersonnel, leur santé mentale, leurs capacités intellectuelles, l'environnement familial. Les caractéristiques du thérapeute sont son orientation théorique, ses capacités relationnelles, ses traits de personnalité.

De ces deux premiers éléments, découlent les réactions, perceptions, sentiments du thérapeute vis-à-vis du jeune et de sa famille ; qui vont influencer à leur tour les comportements du thérapeute.

Les différents comportements du thérapeute, qui vont influencer l'autonomie du patient, et sa perception en tant que thérapeute crédible et compétent ; sont :

- Les capacités de conseil dans les relations interpersonnelles, c'est-à-dire sa capacité à offrir les conditions telles que la chaleur, l'empathie, l'authenticité, la confiance, le regard positif ; vont favoriser l'autonomisation du patient ainsi que sa perception positive du thérapeute.
- L'expression du thérapeute de ses pensées, sentiments, expériences, activités personnels peut faciliter d'après les auteurs, l'établissement de la relation thérapeutique et la participation du patient au traitement. Cela permet également de renforcer les capacités dans les relations du thérapeute aux yeux du patient. Cependant, se dévoiler peut avoir une influence négative sur la perception qu'a le patient de son thérapeute, si celui-ci dévoile ses vulnérabilités par exemple. Les effets bénéfiques ou non du dévoilement semble dépendre de ce que le thérapeute dévoile de lui et à quel moment de la thérapie.
- Le comportement directif du thérapeute, qui inclut sa capacité à donner des informations compréhensibles et claires, sa capacité à guider et structurer la

thérapie, son soutien directif ; va influencer de façon positive les perceptions du patient mais peut aussi avoir un impact néfaste sur l'autonomie du jeune.

Les comportements ainsi que les caractéristiques du thérapeute vont influencer la perception qu'a le patient de son thérapeute. Un thérapeute crédible est défini comme étant perçu comme attrayant, confiant, expérimenté. Les auteurs supposent que la crédibilité du thérapeute influence fortement l'alliance thérapeutique.

Les comportements et caractéristiques vont également influencer l'autonomie du patient. Un patient autonome peut se sentir libre de décider quoi faire pendant la thérapie et peut s'atteler à ses problèmes sans attendre l'accord du thérapeute. Dans ce modèle, les auteurs considèrent que l'autonomie du patient résulte de plusieurs comportements du thérapeute, qui vont être des comportements peu directifs et plutôt encourageants et soutenant, pour ainsi favoriser l'indépendance du patient pendant le processus thérapeutique. L'intérêt de cette autonomie réside dans le fait qu'elle permet au patient de former une bonne alliance thérapeutique, et de participer aux tâches thérapeutiques.

L'autonomie du patient et sa perception de la crédibilité de son thérapeute vont influencer les affects du patient envers le thérapeute, la volonté de participer puis la participation du jeune patient et de ses parents, et enfin l'alliance thérapeutique avec le jeune et avec ses parents.

Les affects du patient envers son thérapeute sont les sentiments et émotions subjectifs et conscients que le patient ressent ; les auteurs considèrent que cette variable correspond à la dimension affective de l'alliance thérapeutique (*bond*). Les auteurs font l'hypothèse que cette dimension affective est le précurseur de leur participation au processus thérapeutique. Si le jeune a des sentiments positifs pour le thérapeute, qu'il sent que le thérapeute fait attention à lui, alors il sera plus enclin à considérer les propositions du thérapeute et à expérimenter les tâches thérapeutiques.

La volonté du patient de participer au traitement est définie par le désir de changer, l'importance donnée à la thérapie, le temps passé sur les problématiques estimées importantes, l'engagement du patient. Cette variable se rapproche de la composante cognitive de l'alliance thérapeutique, l'accord sur les tâches et sur les objectifs (*tasks, goals*). Cette volonté de participer qui dépend grandement des affects ressentis par le patient, va à son tour, influencer la participation à la thérapie.

La volonté des parents de participer au traitement diffère quelque peu de celle du patient, et est définie par la perception des parents des obstacles à la participation au traitement, et l'acceptabilité du traitement. Les parents qui considèrent le thérapeute comme

crédible et soutenant semblent plus à même de surmonter les obstacles et de participer à la thérapie.

La participation du patient et des parents est définie par les efforts, la collaboration, l'engagement dans les tâches, la coopération, du patient et de ses parents. Les résistances au traitement, les critiques, l'évitement, sont la réciproque négative de la participation à la thérapie. La participation du patient et celle des parents semblent très importantes pour les résultats.

Pour la relation thérapeutique du jeune et de ses parents d'une part et l'alliance thérapeutique du jeune et de ses parents d'autre part ; plusieurs définitions ont été utilisées dans les études. Ces variables décrivent le type de connexion relationnelle entre le thérapeute et le patient et entre le thérapeute et les parents ; dans les différentes définitions, cette connexion peut être d'ordre affectif uniquement ou strictement cognitif ou une combinaison des deux, et un grand nombre d'échelles sont utilisées pour les évaluer. Pour les auteurs, l'alliance et la relation thérapeutique sont deux concepts identiques avec une dimension affective, une dimension cognitive et une participation comportementale. Les auteurs pensent qu'il serait intéressant d'étudier séparément ces trois dimensions qui semblent évoluer de manière dissociée.

Grâce à ce modèle théorique qui détaille les variables relationnelles et leurs influences, le thérapeute peut, lors d'une thérapie, repérer les critères qui font éventuellement défaut ou qui défavoriseraient les résultats et modifier certains de ses comportements pour influencer et faire évoluer ces critères négatifs.

3.2.2.2. Stratégies issues des thérapies cognitivo-comportementales:

Di Giuseppe, Linscott, Jilton, (1996) proposent trois approches, issues des thérapies cognitivo-comportementales, pour aider les thérapeutes à élaborer une alliance thérapeutique de bonne qualité avec les enfants-adolescents.

La base de leur réflexion vient du fait que les enfants-adolescents ne viennent pas d'eux-mêmes en thérapie ; d'un point de vue motivationnel ils sont le plus souvent au stade de précontemplation de Prochaska, que nous avons détaillé dans le chapitre précédant. C'est-à-dire qu'ils sont à peine conscients des inconvénients de leur problème, mais qu'ils en sont conscients, ils ont tendance à l'attribuer à des sources extérieures. A ce stade les processus de changement résultent de motivations externes. Par conséquent, ils ont souvent tendance à être

en désaccord avec les tâches et objectifs thérapeutiques proposés par le thérapeute. L'alliance thérapeutique, dans sa définition triadique de Bordin, est donc difficile à élaborer dans ces conditions.

Les trois approches ne sont pas exclusives et peuvent être combinées au cours d'une thérapie.

3.2.2.2.1. La théorie des scripts et la résolution de problèmes :

Les êtres humains ont en tête le type et la force de l'émotion qu'ils sont supposés ressentir et savent quelles émotions sont aidantes ou blessantes pour eux et pour les autres. La théorie des scripts suggère que les individus apprennent les émotions, les comportements appropriés pour une situation donnée, par leur famille, leur société, leur culture. Il est cependant possible d'apprendre des scripts inappropriés, ou échouer dans l'apprentissage des scripts adaptés, ou bien ne pas apprendre suffisamment de scripts, à travers sa famille, son environnement social. Par ailleurs, le concept de la déviance émotionnelle décrit par Hochschild en 1979, représente la perception d'une personne que l'émotion ressentie diffère de l'émotion appropriée, socialement approuvée. Les gens peuvent être motivés pour changer lorsqu'ils expérimentent cette déviance émotionnelle.

Un comportement inadapté peut apparaître du fait de lacunes dans la capacité à faire face par la résolution de problèmes.

La capacité à faire face par la résolution de problèmes peut se définir par :

- penser à une solution alternative : la capacité à élaborer plusieurs comportements possibles face à une situation avant de décider d'une réponse.
- Penser aux conséquences : la capacité à évaluer ses comportements avant d'agir.

L'approche par la résolution de problèmes peut s'appliquer ainsi à la théorie des scripts : les enfants-adolescents manquent de motivation au changement car ils n'ont pas appris les conséquences négatives et la non acceptabilité de leurs scripts émotionnels. De plus, ils n'ont pas appris à conceptualiser de nouveaux schémas alternatifs et ne savent pas non plus reconnaître que les conséquences de schémas alternatifs seraient bénéfiques pour eux. Pour les enfants-adolescents qui ont des difficultés à concevoir des réactions émotionnelles et comportementales alternatives, le changement paraît impossible.

C'est en les aidant à évaluer leurs schémas, à réaliser qu'ils sont dysfonctionnels et source de souffrance, à conceptualiser d'autres schémas ; que l'on peut stimuler leur motivation au changement.

En combinant ces deux théories, les hypothèses suivantes peuvent être formulées, concernant les enfants-adolescents qui ne sont pas prêts au changement :

- Les tâches choisies pour changer les émotions seront inefficaces si l'enfant-adolescent maintient une évaluation positive, neutre ou ambivalente de son émotion.
- L'enfant-adolescent peut avoir différents raisonnements à propos de ses émotions et comportements inadaptés : il peut les aimer, les admirer, les haïr, ou y être résigné. Cela peut changer au fil du temps.
- L'enfant-adolescent fait des suppositions quant à ce qu'un adulte dans la même situation doit ressentir, en fonction des scripts qu'il a appris.
- L'enfant-adolescent garde des émotions qu'il qualifie de négatives parce qu'il ne parvient pas à élaborer d'autres alternatives.
- L'enfant-adolescent ne peut ressentir une émotion qu'il ne peut conceptualiser comme étant une réponse acceptable à la situation vécue.
- Il faut apprendre à l'enfant-adolescent différents scripts émotionnels pour qu'il puisse être d'accord sur les objectifs de changement. Plus une personne a intégré de scripts émotionnels, plus elle sera capable de choisir celui qu'elle pense être le plus approprié à la situation.

Après avoir exploré les conséquences des scripts émotionnels de l'enfant-adolescent et présenté des alternatives acceptables, le thérapeute peut utiliser la technique du syllogisme motivationnel comme suit ; pour augmenter la motivation au changement chez le jeune :

Tout d'abord, le thérapeute explore les conséquences qui surviennent à chaque fois que le patient expérimente l'émotion ciblée.

Puis, une fois que le patient comprend que c'est dans son intérêt de changer, le thérapeute l'aide à trouver des scripts alternatifs ; par exemple, en discutant des réactions qu'une personne que le patient respecte pourrait avoir dans la situation étudiée, ou en donnant des modèles connus basés sur les films, des coutumes, des livres.

Ensuite, dès qu'un modèle de script émotionnel est choisi, il faut en étudier les conséquences possibles. Le patient doit imaginer réagir selon le script choisi pour la situation donnée et imaginer les conséquences qu'il pourrait y avoir pour lui. Il sera donc à même de juger si ce script est acceptable ou non, d'un point de vue social et personnel. Ce procédé est répété jusqu'à ce que le patient accepte un script émotionnel alternatif.

Enfin, le thérapeute propose des tâches thérapeutiques à accomplir pour changer l'émotion ou le comportement ciblé par le nouveau script.

Cette technique peut être utilisée au cours de la thérapie à chaque fois que l'enfant-adolescent apporte une nouvelle situation où son comportement est inapproprié.

3.2.2.2. L'entretien motivationnel :

L'entretien motivationnel a été développé par Miller et Rollnick (cité par Di Giuseppe, Linscott, Jilton, 1996) pour travailler avec des patients souffrants de dépendance, qui sont souvent au stade de précontemplation de Prochaska lorsqu'ils débutent une psychothérapie. Ils suggèrent que la motivation au changement est une étape et non un trait de caractère, et qu'elle est dépendante du contexte et non figée. Le thérapeute doit donc aider à changer le contexte du patient pour l'aider à se motiver au changement par la suite.

Pour des patients au stade de précontemplation, la première tâche du thérapeute est de faire émerger des doutes sur le bien-fondé du patient de ne pas changer et d'augmenter la perception du patient des risques de son comportement actuel. Pour ce faire, les stratégies à employer dépendent du type de précontemplation dans laquelle se trouve le patient. Quatre types ont été décrits :

- Le stade de précontemplation réticente : Le patient ne veut simplement pas changer. Il est probablement inconscient de la problématique. Il est suggéré dans ce cas, de prodiguer un retour empathique et sensible de ce que le patient dit. Les enfants semblent se situer à ce stade, ils n'ont jamais réfléchi à leur situation.
- Le stade de précontemplation rebelle : Le patient prend ses propres décisions et est opposé à tout conseil venant d'autrui. Il semble hostile, opposé à tout changement. Il semble qu'il faille dans ce cas, laisser choisir le patient entre plusieurs propositions. Les adolescents ont le plus souvent ce profil car ils revendiquent leur indépendance.
- Le stade de précontemplation résignée : Le patient manque d'investissement et d'énergie face à sa situation et fait preuve de résignation. Il semble avoir perdu tout espoir de changement. Il est suggéré dans ce cas, d'explorer les obstacles au changement, d'insuffler de l'espoir. Les enfant/adolescents souffrants de dépression sont souvent à ce stade.

- Le stade de précontemplation rationnelle : Le patient établit de nombreuses raisons prouvant que le problème n'en est pas un, du moins pas pour lui, même si c'en est un pour les autres. La résistance est plutôt intellectuelle qu'émotionnelle (contrairement à la précontemplation rebelle). L'entretien ressemble à un vrai débat. L'empathie et l'écoute soutenant semblent être les meilleures stratégies ; on peut aussi expliciter les arguments des deux opinions sans prendre parti.

L'entretien motivationnel peut être utilisé dans une thérapie d'enfant-adolescent qui ne vient pas de lui-même et en est souvent au stade de précontemplation ; afin de construire plus particulièrement deux aspects de l'alliance thérapeutique, à savoir, l'accord sur les tâches et l'accord sur les objectifs de la thérapie.

3.2.2.2.3. Gérer l'ambivalence :

Les patients résistants semblent plutôt être ambivalents, aux prises avec deux parties d'eux-mêmes : d'un côté, ils souhaitent changer ; d'un autre côté, ils restent attachés au statu quo actuel. Dans cette situation, un phénomène paradoxal est à l'œuvre: si le thérapeute pousse le patient vers le changement, alors le patient va préférer ne pas changer. Et si le thérapeute reste neutre ou même se place du côté de la résistance au changement, alors le patient va plutôt argumenter pour le changement. Il est donc suggéré, avec un patient résistant au changement, de le laisser élaborer ses propres choix et participer à la prise de décision sans être trop incisif.

Les adolescents non motivés ressemblent à ces patients résistants ambivalents ; à ceci près qu'ils ont une mauvaise estime de soi et de leurs capacités. Cela semble résulter de leur impression que leurs désirs ne sont pas pris en considération dans les décisions prises pour eux ; et de leur perception qu'ils vont être punis face à des figures d'autorité. Il est donc intéressant, dans un premier temps, de les renforcer dans leur capacité à faire des choix et dans leur estime de soi.

On remarque par ailleurs, que les comportements problématiques des adolescents entrent souvent dans le cadre de normes acceptées par un groupe défini et minoritaire dans la société. Donc, plutôt que d'argumenter contre ces normes spécifiques, le thérapeute peut se focaliser sur les problèmes que l'adolescent a identifiés même si c'en est d'autres, et doit reconnaître que l'adolescent est pris dans un conflit du fait que certaines personnes approuvent son comportement et d'autres non.

Les émotions inadaptées mais pourtant désirées : Ellis, 1983, suggère que certains patients résistent au changement car ils croient que leurs émotions, même si elles sont source de souffrance, sont désirables par certains côtés. Dans ce cas, le thérapeute peut discuter avec le patient des raisons pour lesquelles il pense que cette émotion douloureuse lui est bénéfique. Une des raisons souvent donnée est que cette émotion conduit à un comportement ou un statut social bénéfique. Par exemple, certains adolescents en colère pensent que cette colère est importante pour montrer aux autres qu'ils sont invulnérables et forts. Le thérapeute doit donc montrer au patient que ce raisonnement est dysfonctionnel avant de pouvoir discuter avec lui d'autres schémas émotionnels : en discutant de l'aspect néfaste des conséquences du comportement engendré par l'émotion en question ; le thérapeute peut également apporter comme exemple une personne ayant le comportement désiré par le patient sans pour autant ressentir l'émotion douloureuse.

3.2.2.3. Stratégies en lien avec la théorie de l'attachement :

3.2.2.3.1. L'ajustement réciproque :

Hervé, Maury (2004) ont élaboré l'hypothèse d'un ajustement réciproque nécessaire lors d'une thérapie, à partir de la théorie de l'attachement. En effet, les attentes et les représentations de la famille et des professionnels peuvent différer de façon importante au départ. Il s'agira dans un premier temps de nouer une relation dans laquelle les parents et l'enfant se sentiront en sécurité, avant d'aborder éventuellement les éléments problématiques pour lesquels la famille vient consulter.

Il s'agit de trouver un terrain d'entente possible, un objet commun d'attention, de préoccupation et de réflexion. La possibilité que le thérapeute puisse avoir une souplesse dans ses représentations, en ayant par exemple plusieurs hypothèses en tête, peut aider à introduire une dynamique permettant la mobilisation de nouvelles représentations chez chaque membre de la famille. On peut faire l'hypothèse que la mise en œuvre d'un changement chez le thérapeute lui-même, quel que soit le niveau (sentiments, empathie, représentations, comportement non verbal), peut constituer un levier en introduisant un changement dans le système thérapeutique et donc aussi au niveau de la famille.

En s'ajustant d'abord au plus proche du mode de fonctionnement des parents, le clinicien peut arriver à les rencontrer non seulement dans leur monde, mais aussi dans le temps où ils se trouvent, c'est-à-dire dans le temps où les émotions suscitées par les

événements actuels les renvoient. Sans avoir besoin qu'un lien soit fait de façon explicite, les parents pourront réexpérimenter ces émotions mais en étant, cette fois-ci, accompagnés et soutenus différemment que dans le passé. L'investissement émotionnel du professionnel est indispensable.

Par ailleurs, on peut différencier deux grands types d'alliance problématique, qui peuvent s'associer :

- des difficultés dans la mise en place d'un lien affectif stable et sûr ;
- des difficultés du fait d'un décalage trop important, et non réductible sans risque pour la famille, entre les représentations de celle-ci et celles des professionnels.

Dans ce temps d'ajustement réciproque, il peut être intéressant pour le thérapeute, d'évaluer le type d'attachement de son patient, afin de prévoir au mieux ses réactions face à cette situation stressante que représente la consultation psychothérapeutique. Il ne faut pas non plus perdre de vue que le patient doit également s'ajuster au thérapeute.

Ce processus va permettre la co-construction de l'alliance thérapeutique.

3.2.2.3.2. Stratégies face aux ressentis négatifs du thérapeute :

Rusconi Serpa (2009), ont développé, en lien avec la théorie de l'attachement, et l'alliance thérapeutique, des stratégies pour lutter contre les ressentis négatifs du thérapeute.

Le ressenti négatif peut être défini comme un état émotionnel de tonalité négative (tristesse, peur, colère) qui sidère le thérapeute ou le submerge, paralysant tout sentiment de compétence ou de créativité soignante. Les ressentis négatifs peuvent être éprouvés vis-à-vis des différentes cibles de l'action thérapeutique, à savoir le parent, l'enfant ou la relation parent-enfant, voire à l'égard de toutes les cibles de soin simultanément.

Les théories de l'attachement et de l'alliance thérapeutique fournissent dans cette situation un modèle de compréhension des processus qui peut redonner des clés au professionnel, pour sortir de cet état d'inhibition de la pensée et de l'action. Si un ressenti négatif chez le thérapeute traduit une problématique d'insécurité de l'attachement chez le parent, et un vécu émotionnel d'insécurité chez le thérapeute avec risque de compétition entre son *caregiving* et son attachement, deux grandes voies d'abord s'imposent : diminuer le stress du thérapeute puis diminuer celui des parents.

Diminuer le stress du thérapeute :

Reconnaître son ressenti négatif et lui attribuer a priori une valeur sémiologique peut avoir pour effet de diminuer le sentiment d'impuissance et d'inconnu, et donc le stress du thérapeute. Le fait de traduire et restituer les ressentis négatifs en un savoir théorique devient ainsi un facteur de protection contre ses vulnérabilités personnelles.

Quelques solutions existent pour diminuer les stress impersonnels en interrompant l'interaction stressante ; comme par exemple, augmenter la distance physique avec l'autre, diminuer l'engagement dans la relation, en se levant, en changeant de cible d'attention ou de thème dans les échanges verbaux.

Diminuer le stress du parent :

Il s'agit de la deuxième priorité du thérapeute. Rendre la situation moins dangereuse permet d'espérer que le parent retrouve une expression plus libre de son *caregiving* vis-à-vis de son enfant au cours de la consultation.

- Diminuer le stress lié au cadre : Il s'agit d'être attentif au dispositif technique de l'accueil. Eviter l'angoisse de l'attente en étant à l'heure, diminuer l'inconnu et l'étrangeté inquiétante en se présentant, en s'enquérant de la facilité ou non avec laquelle les parents ont trouvé leur chemin, en présentant la manière habituelle de travailler, en expliquant pourquoi on procède ainsi. On peut enfin être particulièrement attentif aux conditions de la fin de la consultation : proposer un planning de rendez-vous, donner les objectifs pour la séance suivante...
- Diminuer le stress lié à la demande : Aborder trop systématiquement ou trop en détail le motif de la venue met le parent dans la situation activatrice maximale de son système d'attachement en lui rappelant qu'il est vulnérable. Demander, avec beaucoup de détails, ce que cela a représenté pour lui de faire cette démarche de demande d'aide peut en revanche constituer une expérience thérapeutique nouvelle. Le parent se voit consulté, pour la première fois, sur ce qu'il pense, personnellement, de cette démarche. Cet échange lui redonne un rôle actif et lui montre que le thérapeute donne de la valeur à ce qu'il vit, le considère comme authentique et digne d'intérêt. Cet échange est source d'informations précieuses sur les modèles internes opérants concernant l'attachement du parent.
- Valoriser l'expression de toute émotion négative chez le parent : Il s'agit de montrer au parent que ses vécus négatifs semblent dignes d'intérêt pour le thérapeute et n'entraînent pas de rejet de sa part. On valorise l'expression de sentiments négatifs à propos des expériences de demande d'aide : ce sont des

preuves de la confiance du parent, utiles pour construire un partenariat. Un partage interpersonnel des émotions négatives est ainsi rendu possible, constituant le fondement d'une réponse interpersonnelle « sécurisante ». Certains gestes témoignent au parent de l'authenticité de l'intérêt du thérapeute et de sa disponibilité.

- Etablir un partenariat avec le parent : Toutes les stratégies visant à établir un partenariat avec le parent cherchent à lui donner l'assurance qu'il sera entendu là où il est, et que le professionnel veut l'aider sans abuser de son pouvoir. Ce partenariat est une première étape : il montre dans un premier temps aux parents que si le thérapeute est en position plus forte et plus sage, il assume en permanence la position de vouloir aider le parent et de prendre en compte ses signaux de besoin, y compris ses signaux négatifs. Puisque tous ses signaux sont pris en compte, le parent se voit attribuer un rôle actif, avec un sentiment d'impact sur l'autre.

Les différentes stratégies consistant à diminuer le stress chez le parent contribuent, à travers la diminution de l'activation du système d'attachement, à favoriser l'exploration de l'inconnu, ici l'engagement dans le soin.

Le thérapeute choisit ses modes d'intervention en prenant en compte, en permanence, les réactions du parent à ses interventions.

3.3.L'exemple du protocole d'accueil du Centre Médico-Pscho-Pédagogique de Cugnaux :

L'équipe du Centre Médico-Pscho-Pédagogique (CMPP) de Cugnaux a élaboré un protocole d'accueil pour les familles en demande de soins sur la structure, afin d'améliorer leur pratique quotidienne. L'équipe du CMPP est pluridisciplinaire, composée d'une médecin-psychiatre d'enfant et d'adolescent, trois psychologues, une psychomotricienne, trois éducateurs, deux orthophonistes, une secrétaire. Chacun a des bases théoriques et pratiques différentes ; la théorie psychanalytique est cependant prépondérante. Par ailleurs, aucun membre de l'équipe ne s'est formé spécifiquement au concept d'alliance thérapeutique. Ce concept n'a donc par influencé l'élaboration du protocole, pourtant, il s'avère a posteriori que cette pratique favorise, avant même le début d'une éventuelle psychothérapie, l'alliance thérapeutique.

3.3.1. Problématique:

Le protocole d'accueil du Centre Médico-Psycho-Pédagogique (CMPP) de Cugnaux a été élaboré dans un contexte où le nombre de demandes de première consultation était tel que l'équipe ne pouvait y répondre dans un délai convenable. Les familles devaient attendre une dizaine de mois, s'impatientaient, sollicitaient plusieurs fois l'équipe, et cette attente semblait avoir un impact souvent négatif sur l'établissement d'une relation.

Ensuite, malgré un premier rendez-vous, posé souvent sur des heures supplémentaires, un suivi ne pouvait se mettre en place rapidement. L'équipe ne pouvait proposer des soins à toutes les familles, et devait faire des choix. Cela entraînait dans l'équipe, un sentiment de surmenage, d'inefficacité, d'impuissance et de culpabilité. Pour les familles en attente cela pouvait éventuellement entraîner un sentiment d'être incompris, non considéré, un vécu d'abandon ou un sentiment de colère.

Par ailleurs l'équipe s'est aperçue que pour un certain nombre d'enfants-adolescents venant consulter pour la première fois, un suivi par le CMPP n'était pas indiqué et le simple travail d'orientation vers un autre lieu sur quelques consultations était suffisant. Pour ces enfants-adolescents, le délai d'attente n'était donc que perte de temps.

Enfin, d'un point de vue pratique, le travail de partenariat avec la Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM) permet au CMPP d'effectuer six consultations dites d'accueil même si l'enfant-adolescent bénéficie déjà d'un suivi en libéral ; ce qui est le cas pour bon nombre d'enfants-adolescents au vue du délai d'attente du CMPP. Au-delà de ces six consultations, il faudra justifier et obtenir une convention entre le CMPP, la CPAM et le professionnel libéral, pour poursuivre les deux suivis sans que les parents aient à payer.

3.3.2. Description du protocole :

Le protocole d'accueil du CMPP de Cugnaux permet de proposer relativement rapidement quelques consultations aux familles en demande de soins afin d'évaluer la situation le plus globalement possible, d'affiner la demande, d'élaborer des hypothèses diagnostiques et thérapeutiques. Ce protocole est un travail qui s'effectue en amont d'un éventuel engagement mutuel dans une psychothérapie.

Les professionnels du CMPP ont dans la semaine, deux créneaux de deux heures dédiés aux accueils ; une heure de consultation suivie d'une heure de restitution en équipe. Tous les accueils se font par deux professionnels.

Lorsque le parent appelle pour un premier rendez-vous, le motif et la personne qui adresse l'enfant-adolescent sont notés. Un premier contact est donc pris, le plus souvent avec la secrétaire, qui explique le fonctionnement du CMPP et le délai d'attente avant la proposition de rendez-vous qui se fera par courrier.

Ensuite, lors des réunions de synthèse, les demandes sont étudiées et deux professionnels sont choisis en fonction de leur disponibilité et de leurs spécificités.

Lors de la première consultation, les parents et l'enfant-adolescent sont reçus par les deux professionnels qui expliquent le fonctionnement, la structure du CMPP et présente l'équipe pluridisciplinaire.

Lors de la seconde consultation, qui a lieu deux semaines après, les parents et l'enfant-adolescent sont reçus séparément, chacun par un des deux professionnels.

Entre ces deux consultations, les professionnels prennent contact avec les partenaires impliqués dans la vie de l'enfant-adolescent ; l'école, les professionnels médicaux, paramédicaux libéraux.

Après chaque consultation, un temps de restitution en équipe a lieu, il permet à toute l'équipe de prendre connaissance de la situation, de faire émerger des réflexions et perspectives cliniques et thérapeutiques variées. Ce regard pluridisciplinaire fait la spécificité des CMPP.

Enfin une dernière consultation s'effectue, environs un à deux mois après, avec les deux professionnels, la famille et le psychiatre responsable du CMPP, une synthèse de la situation est faite, les difficultés perçues sont nommées et la proposition de soins pensée en équipe est faite à la famille. Si un suivi est proposé au CMPP, l'enfant-adolescent sera inscrit sur les listes d'attente et il devra attendre plusieurs mois. Par ailleurs le suivi ne s'effectuera pas obligatoirement par les professionnels qui ont accueilli la famille. Par contre, si une orientation est pensée pour cet enfant-adolescent, la famille sera accompagnée dans cette démarche et revue de manière ponctuelle.

3.3.3. Avantages :

Ce protocole d'accueil des familles réduit considérablement le délai d'attente de la première rencontre. Ce qui permet d'éviter la naissance de sentiments négatifs tant du côté des familles que du côté des soignants.

Ce protocole permet par ailleurs de prendre en charge rapidement les familles nécessitant une orientation vers une autre structure plus adaptée, tout en prenant soin de les

accompagner sur quelques consultations. Ce qui évite à ces familles une attente inutile sans pour autant leur renvoyer un sentiment de rejet.

Par ailleurs, ce protocole conserve le regard pluridisciplinaire sur toutes les familles demandant une consultation ; ce qui est indispensable puisque c'est une des spécificités d'un centre médico-psycho-pédagogique.

3.3.4. Limites :

Ce protocole n'est cependant pas sans failles. En effet, le délai d'attente est toujours long pour les familles dont des soins sur la structure sont indiqués.

De plus, puisque tous les enfants-adolescents ne peuvent bénéficier de soins dans un délai identique, l'équipe doit obligatoirement décider d'un ordre de priorités dans les indications thérapeutiques, ce qui est extrêmement complexe sans un consensus institutionnel qui pourrait être élaboré par des instances expertes, indépendantes de l'équipe afin de leur éviter un sentiment trop important de culpabilité. Ce qui est actuellement décidé par l'équipe du CMPP de Cugnaux, c'est de proposer des thérapies en priorité aux enfants en bas âges (jusqu'à cinq ans) et aux adolescents.

3.3.5. Stratégies favorisant l'alliance thérapeutique :

Bien que ce protocole d'accueil des familles au CMPP de Cugnaux n'ait pas été pensé en lien avec le concept d'alliance thérapeutique, il s'avère qu'il permet de favoriser certaines alliances thérapeutiques, avant tout engagement dans une psychothérapie pour l'enfant-adolescent.

3.3.5.1. Favoriser l'alliance avec les parents et l'enfant-adolescent séparément :

Le fait de voir dès la deuxième séance l'enfant et ses parents séparément, permet de travailler l'alliance thérapeutique avec chacun d'eux sans interférence de l'une sur l'autre. L'enfant d'un côté, et les parents de l'autre, peuvent se sentir libres d'exprimer leurs difficultés, leurs questionnements, leurs demandes sans craintes du regard, du désaccord de l'autre membre de la famille.

Le professionnel peut travailler sur les problématiques et élaborer avec les parents ou l'enfant-adolescent, des propositions d'objectifs thérapeutiques parfaitement adaptés au matériel que le patient apporte.

Parallèlement, une relation affective se met en place.

Le temps de restitution permet de partager non seulement les différentes propositions d'objectifs et de tâches thérapeutiques mais également les ressentis de la relation affective vécu par les deux professionnels avec les parents d'un côté et l'enfant-adolescent de l'autre ; pour élaborer, si besoin, une proposition de soins adaptée à la situation globale, aux difficultés de l'enfant-adolescent en fonction de chaque membre de la famille.

3.3.5.2. Favoriser l'alliance thérapeutique au sein de l'équipe du CMPP :

Les temps de restitution, qui représentent deux heures par semaine, permettent non seulement un regard pluridisciplinaire sur la situation ; mais cela permet également aux professionnels de l'équipe d'être ensemble, de travailler, de réfléchir ensemble. Chaque professionnel avec ses spécificités apporte son point de vue sur la situation ce qui permet de faire émerger des réflexions d'horizons diverses.

Cela permet par ailleurs, comme les autres temps en commun que sont les temps de synthèse et les temps informels de repas et de pause ; à chaque membre de l'équipe d'entretenir un lien de proximité, de se connaître d'un point de vue professionnel et personnel.

3.3.5.3. Favoriser l'alliance avec les partenaires :

Grace à ce protocole, le délai entre la prise de contact téléphonique et le premier rendez-vous est raccourci à trois mois, et les professionnels prennent systématiquement contact avec les partenaires autour de l'enfant-adolescent après la première consultation.

Or le plus souvent, c'est un des partenaires et même le professeur des écoles qui adresse la famille au CMPP. Cette prise de contact dans ce délai relativement court permet à cette personne de se sentir entendue dans ses inquiétudes vis-à-vis de la situation et favorise un lien de qualité.

3.3.5.4. Favoriser l'alliance dans sa globalité avec la famille :

Le dernier rendez-vous avec les deux professionnels, la pédopsychiatre, les parents et l'enfant-adolescent, permet à l'équipe dans ce travail d'alliance thérapeutique, de proposer un projet de soin global pensé lors des temps de restitution, et adapté au mieux aux difficultés de l'enfant-adolescent mais aussi à sa famille. Le but de cette consultation est de parvenir à un accord mutuel de toutes les personnes présentes sur les objectifs et les tâches thérapeutiques.

3.4. Conclusion :

Le concept d'alliance thérapeutique, développé pour la psychothérapie d'adulte, a pu être adapté à la psychothérapie d'enfant-adolescent et ses spécificités. En effet, l'élaboration d'une alliance thérapeutique avec un enfant-adolescent dépend de nombreux facteurs émanant de l'enfant-adolescent ; comme son développement psychique, sa capacité à évaluer ses troubles et ses compétences, son type d'attachement...

De plus, le thérapeute doit pouvoir former une alliance de bonne qualité avec l'enfant-adolescent d'une part et ses deux parents d'autre part ; bien que chaque personne ait des attentes, des revendications des objectifs de la thérapie très différents, pouvant même être conflictuels.

Différents auteurs, en lien avec la théorie psychothérapeutique qu'ils affectionnent, ont développé des stratégies d'élaboration des alliances thérapeutiques en psychothérapie d'enfant-adolescent ; comme le modèle sur les facteurs relationnels en lien avec la thérapie familiale, les stratégies issues des thérapies cognitivo-comportementales pour les adolescents, l'ajustement réciproque et les stratégies face aux ressentis négatifs en lien avec la théorie de l'attachement.

Enfin, avec l'exemple du protocole d'accueil du CMPP de Cugnax, nous voyons comment, partant de réalités pratiques de terrain et de l'importance du regard pluridisciplinaire ; l'élaboration d'un protocole particulier peut finalement aider à la formation des alliances thérapeutiques avec l'enfant-adolescent, ses parents et les partenaires extérieurs.

Conclusion :

L'alliance thérapeutique, qui prend ses racines dans la psychanalyse, a été principalement étudiée par Bordin (1979,1994), qui en a fait un concept tripartite, dynamique et trans-théorique. En effet, pour lui, l'alliance se compose d'un accord mutuel sur les tâches de la thérapie, d'un accord mutuel sur les objectifs thérapeutiques et d'une relation affective. Il considère que le thérapeute et le patient travaillent en collaboration vers un objectif commun. Bordin considère que l'alliance a sa propre histoire naturelle faite de ruptures et de réparations au cours d'une thérapie. Il n'intègre l'alliance dans aucune théorie psychothérapeutique.

Cependant, il n'existe pas de véritable consensus sur la définition de l'alliance ; de multiples auteurs, cliniciens et chercheurs (Luborsky, Horvath, Gaston, Marmar, Henry, Strupp, 1994) ont adapté la définition de Bordin à leurs propres réflexions et théories, et ont élaboré leurs propres définitions et échelles d'évaluation. Finalement, malgré la multiplicité des protocoles de recherche, toutes les études concluent que l'alliance thérapeutique influence favorablement les résultats d'une psychothérapie, quelle qu'elle soit, avec un lien modéré et robuste.

Les études (Horvath, 1994) ont également permis de mettre en exergue des variables pouvant influencer l'élaboration de l'alliance ; émanant du patient, comme ses compétences interpersonnelles, la relation d'objet, le type d'attachement, la motivation au changement ; du thérapeute, comme ses caractéristiques et l'adaptation de ses interventions ; et de l'interaction entre le patient et le thérapeute.

L'alliance n'est pas un processus thérapeutique en lui-même, c'est le socle indispensable sur lequel le travail thérapeutique spécifique, quel qu'il soit, va s'appuyer pour progresser ; et parallèlement, ce travail va permettre le maintien d'une bonne alliance. Alliance et processus psychothérapeutique spécifique sont interdépendants.

Sans oublier son caractère trans-théorique, penser l'alliance thérapeutique en lien avec les différentes théories psychothérapeutiques, a permis d'approfondir le concept, et a permis aux thérapeutes de penser l'alliance dans leur pratique quotidienne, afin d'améliorer les résultats de la thérapie.

Dans le cadre plus précis des thérapies d'enfants-adolescents, certaines spécificités peuvent compliquer le travail de psychothérapie comme l'âge de l'enfant-adolescent, son

développement psychique ne lui permettant pas d'être au clair avec ses difficultés, le fait que l'enfant-adolescent soit amené par un tiers et ne soit pas dans une démarche personnelle, la nécessité de prendre en compte dans la thérapie les parents et la famille, la nécessité de travailler avec tous les partenaires impliqués dans la vie de l'enfant-adolescent. Cependant l'alliance thérapeutique est, comme en thérapie d'adultes, un facteur primordial.

L'alliance et le processus thérapeutique spécifique sont deux facteurs interdépendants et indispensables à la bonne évolution de la thérapie ; penser l'alliance à travers les différentes théories psychothérapeutiques a donc permis de développer des stratégies pour améliorer les résultats des psychothérapies d'enfants-adolescents ; comme le modèle théorique sur les facteurs relationnels en thérapie familiale de Karver et *al.* (2005), les stratégies issues des thérapies cognitivo-comportementales de DiGiuseppe et *al.* (1996), l'ajustement réciproque de Hervé, Maury (2004) et la lutte contre les ressentis négatifs de Rusconi, Serpa (2009); basés de sur la théorie de l'attachement.

Enfin, l'exemple du protocole d'accueil du Centre Médico-Psycho-Pédagogique de Cugnaux, mis en place pour des raisons autres que le travail sur l'alliance, propose une stratégie originale favorisant plusieurs alliances thérapeutiques dès les premières consultations, avant tout engagement dans une psychothérapie : l'alliance avec l'enfant-adolescent, l'alliance avec les parents, l'alliance globale avec la famille, l'alliance avec les partenaires de soin, l'alliance au sein de l'équipe du CMPP.

Il apparaît à présent clair que l'alliance thérapeutique est un concept théorique intéressant, qui a notamment permis, en lien avec les différentes théories psychothérapeutiques, d'élaborer des stratégies favorisant le travail thérapeutique, et réalisables dans une pratique quotidienne. Cependant, bien qu'elle ait su trouver sa place dans le monde de la recherche, en tant que facteur indépendant du type de psychothérapie et facilement évaluable par des échelles standardisées ; elle n'est finalement que peu utilisée dans les pratiques quotidiennes. Dans l'exemple du CMPP de Cugnaux, nous voyons que le protocole d'accueil n'a pas été pensé en terme d'alliance par l'équipe, mais que nous pouvons a posteriori faire des liens directs avec ce concept.

Nous pouvons donc nous demander comment intégrer davantage le concept d'alliance aux réflexions cliniques, diagnostiques et thérapeutiques menées par des équipes soignantes au quotidien dans un lieu tel que le CMPP de Cugnaux.

Dans cette optique, il semble que l'évaluation précise de l'alliance avec la passation d'échelles pour les patients et les thérapeutes, ou des observateurs externes, serait une pratique trop contraignante en terme de temps. La formation sur ce concept de quelques membres de l'équipe serait-elle suffisante ? Cette formation peut-elle être personnelle ou doit-elle être soutenue par des spécialistes ? Peut-elle être seulement théorique ou également pratique ? Nous avons cependant vu dans cette thèse, à travers l'étude de Henry et *al.* (1993), que la formation spécifique à l'alliance de thérapeutes était finalement plutôt néfaste à la thérapie ; et que pour maintenir une alliance, le thérapeute doit se focaliser plutôt sur le processus thérapeutique spécifique que sur la dynamique de l'alliance elle-même ; cependant l'apport d'une formation théorique d'un soignant, aux temps de réflexions en équipe pluridisciplinaire serait peut-être intéressante à étudier.

Bibliographie

- Ausloos G., « la compétence des familles, temps, chaos, processus », ed. Erès, 2001, Ramonville St Agne.
- Baillargeon P., Pinsof W. M., Leduc A., « Modèle Systémique de l'Alliance Thérapeutique », *Revue européenne de psychologie appliquée*, 55 (2005) 137–143.
- Baillargeon P., Pinsof W. M., Leduc A., « L'alliance thérapeutique : la création et la progression du lien », *Revue européenne de psychologie appliquée*, 55 (2005) 225–234.
- Baldwin S. A., Wampold B. E., Imel Z. E., « Untangling the Alliance-Outcome Correlation : Exploring the Relative Importance of Therapist and Patient Variability in the Alliance », *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 2007, Vol. 75, No 6, 842-852.
- Bantman P., « Vers une alliance thérapeutique avec la famille ? », dossier familles, je vous hais...me, *Soins psychiatrie*, 2002/1 n° 206, p. 7-10.
- Benoit J.-C., Malafewicz J. A., Beallean J., Colas Y., Kannas S., « dictionnaire des thérapies familiales systémiques », ESF, Paris, 1988
- Bioy A. et Bachelart M., « L'alliance thérapeutique : historique, recherches et perspectives cliniques », *Perspectives Psy*, 2010/4 Vol. 49, p. 317-326.
- Bioy A., Bénony H., Chahraoui K., Bachelart M., « Évolution du concept d'alliance thérapeutique en psychanalyse, de Freud à Renik », *L'Évolution Psychiatrique*, Volume 77, Issue 3, July–September 2012, Pages 342–351 .
- Bordin, E. S., « The generalisability of the psychoanalytic concept of the working alliance », in *Psychotherapy : theory, research and practice*, Vol. 16, Fall, 1979.
- Bordin E. S., « Theory and research on the therapeutic working alliance: new directions », in Horvath A. O., Greenberg L. S., *the working alliance, theory, research and practice*, 1994, John Wiley & sons, Inc, New York.

- Braconnier A., « Réflexions et recherches sur l'analysabilité et l'alliance thérapeutique psychanalyse et /ou psychothérapie », *Le Carnet PSY*, 2003/6 n° 83, p. 30-37.
- Brunel M. L., Martiny C., 2004, « Les conceptions de l'empathie avant, pendant et après Rogers », *Revue Cariérolgie*, Vol.9, n°3.
- Carneiro C. et al., « De la clinique à la recherche dans un centre de thérapie de couple et de famille », *Thérapie Familiale*, 2011/1 Vol. 32, p. 101-110.
- Ciccone A., « Psychopathologie du bébé, de l'enfant et de l'adolescent » in Roussillon R., Chabert C., Ciccone A., Ferrant A., Georgieff N., Roman P., « Manuel de psychologie et de psychopathologie, clinique générale », 2007, Elsevier Masson
- Cohen H. et al., « La construction de l'alliance thérapeutique en consultation transculturelle : le cas d'une famille tamoule », *L'Autre*, 2013/2 Volume 14, p. 169-178.
- Collot E. et al., « L'alliance thérapeutique, fondements, mise en œuvre », 2011, Dunod, Paris.
- Coté D., « l'alliance thérapeutique avec les enfants », Dossier de *Psychologie Quebec*, Vol. 28, num. 2, mars 2011.
- Cottraux J., « Les psychothérapies comportementales et cognitives », 2011, Elsevier Masson, Paris.
- Denis P., « Incontournable contre-transfert », *Revue française de psychanalyse*, 2/2006, Vol. 70, p. 331-350.
- Despland J.-N. et al., « l'évaluation empirique des psychothérapies », *psychothérapies*, 2006/2 Vol. 26, p. 91-95.
- Despland J.N, Roten Y. et al., « L'alliance thérapeutique: un concept empirique », *médecine et Hygiène*, 2000, 58 (2315): 1877-80.
- Diguseppe R., Linscott J., Jilton R., « Developing the therapeutic alliance in child-adolescent psychotherapy », *Applied and preventive psychology* 5: 85-100, 1996.

- Dumaine M., Baillargeon P., « L'alliance thérapeutique », *Défi Jeunesse*, Novembre 2002, Vol. IX, N 1.
- Duriez N., « L'approche intégrative centrée sur le problème, de William Pinsof », *Thérapie Familiale*, 2008/2 Vol. 29, p. 261-277.
- Elkaïm M., « À propos du concept de résonance », *Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux*, 2010/2 n° 45, p. 171-172.
- Elkaïm M., « L'expérience personnelle du psychothérapeute : approche systémique et résonance », *Psychothérapies*, 2004/3 Vol. 24, p. 145-150.
- Elvins R., Green J., « the conceptualization and measurement of therapeutic alliance: an empirical review ». *Clinical Psychology Review* 28 (2008) 1167-1187 .
- Flückiger C., Del Re A. C., Wampold B. E., Symonds D., Horvath A. O., « How central is the alliance in psychotherapy ? A multilevel longitudinal meta-analysis », *Journal of Counseling Psychology*, 2012, Vol. 59, No 1, 10-17.
- Frédérick-Libon C., « Processus de différenciation et alliance thérapeutique en clinique infantile de l'autisme », *Psychologie clinique et projective* 2011/1 (n° 17), p. 297 à 316.
- Freud S., « Abrégé de psychanalyse », Editions de l'Herne, 1938.
- Freud S., « Introduction à la psychanalyse », Editions Payot, Paris, 1922.
- Freud S., « La technique psychanalytique », Presses Universitaires de France, 1953.
- Freud S., « Cinq leçons sur la psychanalyse », Petite bibliothèque Payot, 1924.
- Gadeau L., « Voies de l'alliance thérapeutique : Pacte narcissique et temporalité », *Le Divan familial*, 2002/2 n° 9, p. 137-150.
- Gaston L., Marmar C. R., « the california psychotherapy alliance scales », in Horvath A. O., Greenberg L. S., *the working alliance, theory, research and practice*, 1994, John Wiley & sons, Inc, New York.
- Guedeney N., Guedeney A., « L'attachement: approche théorique. Du bébé à la personne

âgée », 2009, Elsevier Masson.

- Govindama Y., Payet-Lauret J., « Une consultation thérapeutique parents-enfants improvisée à domicile à la Réunion », *Devenir*, 2011/4 Vol. 23, p.325-357.
- Green J., « Annotation: the therapeutic alliance- a significant but neglected variable in child mental health treatment studies », *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 47:5, 2006, p 425-435.
- Greenson R. R., « The “real” relationship between the patient and the psychoanalyst », *The Unconscious Today*, 1971, p 213-232.
- Greenson R. R., « The working alliance and the transference neurosis », *Psychotherapy Quartely*, 1965, Vol. 34, P 155-181.
- Heimann P., « On counter-transference », *International Journal of Psychoanalysis*, Vol. 31, p 81-84, 1950.
- Henry W. P., Strupp H. H., “the therapeutic alliance as interpersonal process”, in Horvath A. O., Greenberg L. S., the working alliance, theory, research and practice, 1994, John Wiley & sons, Inc, New York.
- Hervé M.-J., Maury M., « le travail d’ajustement du thérapeute dans la co-construction d’une alliance avec les familles », *La psychiatrie de l’enfant*, 2004/2 Vol. 47, p. 491-510.
- Hervé M.-J. et al., « Adaptation d’une échelle d’alliance thérapeutique au contexte des consultations mère-nourrisson. Etude préliminaire », *Devenir*, 2008/1 Vol. 20, p. 65-85.
- Hervé M.-J. et al., « Les ressentis négatifs du thérapeute. Partie 1: un outil sémiologique ? », *Devenir*, 2008/4 Vol. 20, p. 293-318.
- Horvath A. O., Greenberg L. S., the working alliance, theory, research and practice, 1994, John Wiley & sons, Inc, New York.
- Horvath A. O., « Research on the alliance », in Horvath A. O., Greenberg L. S., the working alliance, theory, research and practice, 1994, John Wiley & sons, Inc, New

York.

- Horvath A. O., « empirical validation of Bordin's pantheoretical model of the alliance: the working alliance inventory perspective », in Horvath A. O., Greenberg L. S., the working alliance, theory, research and practice, 1994, John Wiley & sons, Inc, New York.
- Horvath A. O., Del Re A. C., Flückiger C., Symonds D., « Alliance in individual psychotherapy », *Psychotherapy*, 2011, Vol. 48, No 1, 9-16.
- Horvath A. O., Luborsky L., «The Role of Therapeutic Alliance in Psychotherapy », *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1993, 61, 4, pp. 561-573.
- Horvath A. O., Symonds B. D., « Relation between working alliance and outcome in psychotherapy : A meta-analysis », *Journal of Counseling Psychology*, 1991, 38 (2), p. 139-149.
- Kabuth B., Tychev (De) C., Vidailhet C., « Alliance thérapeutique avec les mères et évolution clinique des enfants d'un hôpital de jour », *Annales Médico-Psychologiques* 163 (2005) 486-492.
- Karver M. S., Handelsman J., Fields S., Bickman L., « Meta-analysis of therapeutic relationship variables in youth and family therapy : The evidence for different relationship variables in the child adolescent treatment outcome literature », *Clinical Psychology Review*, 2006, Vol. 26, p. 50-65.
- Karver M. S., Handelsman J., Fields S., Bickman L., « A theoretical model of common process factors in youth and family therapy », *Mental Health Services Research*, 2005, Vol. 7, No. 1, p. 35-51.
- Kramer Ueli et al., « Comment des thérapeutes d'approches différentes tentent-ils de gérer des impasses thérapeutiques ? Réflexions comparatives basées sur la théorie psychanalytique », *Psychothérapies*, 2005/2 Vol. 25, p. 71-79.
- Laplanche J., Pontalis J.B., Vocabulaire de la psychanalyse, 1967, presses universitaires de France, Paris.

- Lavanchy B. « L'alliance thérapeutique à l'hôpital de jour de l'Élan Retrouvé ». Paris 5: Thèse de médecine, 2010.
- Luborsky L., « therapeutic alliances as predictors of psychotherapy outcomes: factors explaining the predictive success », in Horvath A. O., Greenberg L. S., the working alliance, theory, research and practice, 1994, John Wiley & sons, Inc, New York.
- Luborsky L., Barber J. P., Siqueland L., Johnson S., Najavits L. M., Frank A., Daley D., « The revised helping alliance questionnaire (Haq-II), psychometrics properties », *The journal of psychotherapy practice and research*, 1996, 5: 260-271
- Marcelli D., « Enfance et psychopathologie », 2009, Elsevier Masson.
- Martin D. J., Garske J. P., Davis M. K., « Relation of the therapeutic alliance with outcome and other variables : a meta-analytic review », *Journal on consulting and clinical psychology*, 2000, Vol. 68, No. 3, 438-450.
- Mazevet C., « Alliance thérapeutique et approche intégrative », dans Collot E. et al., 2011 L'alliance thérapeutique, fondements, mise en œuvre, Dunod, Paris.
- McLeod B. D., « Relation of the alliance with outcomes in youth psychotherapy: A meta-analysis », *Clinical psychology review*, 2011, 31, 603-616.
- Mijolla-Mellor (de) Sophie, « L'alliance thérapeutique et ses avatars », *Topique*, 2009/1 n°106, p. 23-33.
- Miljkovitch R., « L'attachement au cours de la vie », *Presses Universitaires de France*, 2001.
- Mosca F., Garnier A.-M., « Soignants et parents d'enfants autistes : qui aide qui ? », *Thérapie familiale*, 2007/4 Vol. 28, p. 503-522.
- Petot J., « Les différentes méthodes de psychothérapie sont-elles également efficaces quelles que soient les différences entre les patients ? », *Cahiers de psychologie clinique* 2002/1 (n° 18), p. 189 à 205.
- Pétot J.-M., « Le transfert psychanalytique entre les illusions narcissiques du rapport magnétique et les réalités observables de l'alliance thérapeutique », dans Collot E. et

al., 2011 L'alliance thérapeutique, fondements, mise en œuvre, Dunod, Paris.

- Prochaska, J. O., DiClemente, C. C., Norcross, J. C., « In search of how people change: Applications to addictive behaviors », *American Psychologist*, Vol 47(9), 1992, p. 1102-1114.
- Pinosof W. M., « An integrative systems perspective on the therapeutic alliance : theoretical, clinical, and research implications », in Horvath A. O., Greenberg L. S., the working alliance, theory, research and practice, 1994, John Wiley & sons, Inc, New York
- Raue P. J., Goldfried M. R., « The therapeutic alliance in cognitive-behavior therapy », in Horvath A. O., Greenberg L. S., the working alliance, theory, research and practice, 1994, John Wiley & sons, Inc, New York.
- Rechsteiner N., « Alliance thérapeutique dans la thérapie de famille », *Consultation interdisciplinaire de la maltraitance intrafamiliale*, 2007.
- 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) 36, 433-438.
- Rogers C., « The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change », *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 22, 95-103, 1957.
- Roten (de) Y. et *al.*, « Pour un dialogue entre recherche et clinique : une étude de cas autour de l'alliance thérapeutique », *Psychothérapies*, 2007/1 Vol. 27, p. 37-45.
- Roten (de) Y., « Ce qui agit effectivement en psychothérapie : facteurs communs ou agents spécifiques », *Bulletin de psychologie*, 2006/6 Numéro 486, p. 585-590.
- Roten (De) Y., « l'alliance thérapeutique est-elle la clé du changement? », dans Collot E. et *al.*, L'alliance thérapeutique, fondements, mise en œuvre, Dunod, 2011, Paris.
- Rouam F., « Empathie et transfert », dans Collot E. et *al.*, 2011 L'alliance thérapeutique, fondements, mise en œuvre, Dunod, 2011, Paris.
- Rouchon J-F., « La notion de contre-transfert culturel : enjeux théorique, cliniques et thérapeutiques », Nantes, thèse de médecine, 2007.

- Rusconi Serpa S. et al., « Les ressentis négatifs du thérapeute. Partie 2 : Quelles stratégies thérapeutiques ? », *Devenir*, 2009/1 Vol. 21, p. 7-29.
- Safran, J. D.; Muran, J. C., Eubanks-Carter C., « Repairing alliance ruptures », *Psychotherapy*, Vol 48(1), 2011, 80-87.
- Safran, J. D., Muran, J. C., «Has the concept of the therapeutic alliance outlived its usefulness?», *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 2006, Vol. 43, No 3, 286-291.
- Safran J. D., Muran J. C., Wallner Samstag L., « Resolving therapeutic alliance ruptures: a task analytic investigation », in Horvath A. O., Greenberg L. S., *the working alliance, theory, research and practice*, 1994, John Wiley & sons, Inc, New York.
- Shirk S. R., Karver M., « Prediction of treatment outcome from relationship variables in child and adolescent therapy: A meta-analytic review », *Journal of consulting and clinical psychology*, 2003, Vol. 71, N°3, 452-464.
- Shirk S. R., Saiz C. C., « Clinical, empirical, and developmental perspectives on the therapeutic relationship in child psychotherapy », *Development and psychology*, 4 (1992), 713-728.
- Sterba R., « The fate of the ego in analytic therapy », *The International Journal of Psychoanalysis*, Vol. 15, 1934, 117-126.
- Thurin J., « Expertise collective *inserm* sur les psychothérapies, contexte, déroulement, enseignements et perspectives », *Cliniques méditerranéennes* 2005/1 (n° 71), p. 19 à 40.
- Zetzel E. R., « Current concepts of transference », *The International Journal of Psychoanalysis*, Vol. 37, Num 4, 1956, 369-376.

The therapeutic alliance: theorist concept and strategies for children, teenagers' psychotherapy.

The therapeutic alliance is a trans-theory concept, defined by the mutual agreement on tasks and goals of the therapy and the bond, an affective relationship, between the patient and the therapist who work in collaboration. It is a dynamic concept with ruptures and repairs. A good therapeutic alliance is associated with good results of the therapy, for all different psychotherapy. A lot of patient and therapist's factors, and their interaction have an influence on the alliance. The different psychotherapies allowed to deepen the concept. In psychotherapy for children and teenagers, which have some special factors, the alliance, linked with different theories, allowed to elaborate some strategies in order to improve the results of the therapy.

L'alliance thérapeutique : concept théorique et stratégies de mise en pratique en psychothérapie d'enfants-adolescents.

RESUME EN FRANÇAIS :

L'alliance thérapeutique est un concept trans-théorique, défini par l'accord mutuel sur les tâches et les objectifs et une relation affective entre le patient et le thérapeute qui travaillent en collaboration. Elle est dynamique, faite de cycles de ruptures et réparations. Une alliance de bonne qualité est associée à de bons résultats de la thérapie, quelles que soient les processus thérapeutiques spécifiques utilisées. De multiples facteurs émanant du patient et du thérapeute et de leur interaction influencent l'alliance. Les différentes théories psychothérapeutiques ont permis d'approfondir le concept. Particulièrement en psychothérapie d'enfants, adolescents, qui présente des spécificités par rapport aux thérapies adultes, l'alliance abordée en lien avec les différentes théories, a permis d'élaborer des stratégies pour améliorer les résultats de la thérapie.

TITRE EN ANGLAIS : The therapeutic alliance: theorist concept and strategies for children, teenagers' psychotherapy.

DISCIPLINE ADMINISTRATIVE : Psychiatrie

MOTS-CLÉS : Alliance thérapeutique, Psychothérapie, Enfant, adolescent

INTITULÉ ET ADRESSE DE L'UFR OU DU LABORATOIRE :

Université Toulouse III-Paul Sabatier
Faculté de médecine Toulouse-Purpan,
37 Allées Jules Guesde 31000 Toulouse

Directeurs de thèse : RAYNAUD Jean-Philippe, STURM Gesine

