

VERS UNE ALLIANCE THERAPEUTIQUE...

Pour un succès thérapeutique



Dr Gérard Ostermann*

« Lorsque quelqu'un vous entend vraiment sans vous juger, sans essayer de vous prendre en charge ou de vous enfermer dans un moule... cela fait un bien incroyable. Il est étonnant de voir à quel point tout ce qui semblait insoluble trouve une issue. »

Carl Rogers

Résumé

L'alliance thérapeutique est un concept "tout temps" qui s'avère le prédicteur le plus robuste du succès thérapeutique, et cela pour différentes formes de psychothérapie comme pour différents types de

problématiques des patients. Ce phénomène collaboratif, véritable partenariat co-construit par le patient et le thérapeute croise également les notions d'empathie, de relation d'aide et de transfert.

Abstract

Therapeutic alliance

Therapeutic alliance is an "ever applying" concept which turns out to be the strongest predictor of therapeutic success, and this is true for different types of psychotherapy as well as various

patients' problematics. This collaborative process, a true partnership actually co-built by the patient and the therapist also meets the notion of empathy in help relation and transfer.

L'ALLIANCE THERAPEUTIQUE... SE LIER, S'ALLIER AVEC QUI ? CONTRE QUOI ?

L'alliance thérapeutique désigne à la fois la qualité de la relation entre patients et thérapeutes, l'acceptation des "tâches thérapeutiques" et la "participation active" dans la thérapie. Dans le mot "alliance", il

y a l'idée d'une union, d'un rapport qui lie un objet ou une personne à une autre. Il s'agit en l'occurrence ici d'un acte par lequel deux personnes (thérapeute et patient) contractent un engagement réciproque pour lequel les termes du «contrat» se doivent d'être précisés.

En effet le patient a trop souvent le sentiment qu'il doit tout "avouer" à son thérapeute et redoute de le décevoir ou bien encore qu'il va recevoir des conseils qu'il va s'enga-

ger à suivre. Le premier temps de l'alliance consiste donc à préciser le contexte et l'objectif de la rencontre. L'alliance thérapeutique se définit comme la collaboration mutuelle, un partenariat, une co-construction entre le patient et le thérapeute dans le but d'encourager le patient à adopter de nouvelles pratiques de santé. Cette notion, initiée par Freud en 1913, a été particulièrement étudiée depuis les années 70, et connaît de nos jours un renouveau à la fois

*Professeur de thérapie, Interniste, Psychothérapeute, Enseignant au DIU d'hypnose clinique à Bordeaux et à Limoges

dans le champ des psychothérapies et dans celui des pathologies chroniques.

Pour Salomon N (1), « *L'image servant d'analogie (à l'alliance thérapeutique pour le patient) est celle du gué à franchir, où les pierres émergées sont assez éloignées les unes des autres. Pour le franchissement d'un tel gué, il est très aidant d'avoir la main tenue par un passeur qui connaît bien ce gué.* » ; en conséquence, pour les thérapeutes qui « *naviguent sur une route étroite entre les marécages de l'excès de proximité et les déserts de l'excès de distance* », il est indispensable d'approfondir la connaissance de cet outil.

Tout est relation, dès l'instant où la vie commence, relation avec soi, avec l'environnement, avec les autres, d'où l'importance de notre façon de communiquer, d'être en lien avec soi-même, l'environnement et les autres.

L'ALLIANCE PEUT-ELLE S'APPRENDRE ?

La question est de savoir si l'on peut en effet apprendre à créer une bonne alliance, c'est-à-dire si l'on peut intentionnellement agir sur une ou plusieurs dimensions permettant d'améliorer l'alliance thérapeutique. Selon une étude d'Henry (2), l'alliance thérapeutique ne s'apprend pas et ne se contrôle pas ! Cette étude conclue que vouloir apprendre l'alliance, dénature le comportement spontané, ce qui nuit à l'alliance ! Une attention trop forte portée sur elle en lien clinique avec le patient, ne permet pas une forme d'adéquation naturelle et une réelle implication authentique du praticien (Bioy et Bachelart) (3).

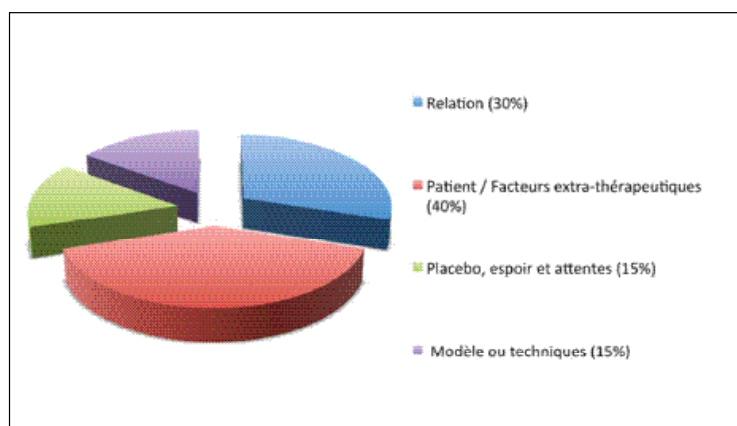


FIGURE 1 - Facteurs influençant les changements chez les patients (6).

Plus un soignant est authentique, empathique et chaleureux, plus il doit être professionnel. Plus il est professionnel, plus il peut se permettre d'être empathique, authentique, et chaleureux (4).

Toute relation d'aide nécessite une alliance thérapeutique. Sigmund Freud pose les bases : « *compréhension sympathique et amitié sont les véhicules de la psychanalyse* » ; Carl Rogers dans les années 50 définit le trépied d'une relation d'aide : l'Inconditionnalité, l'Empathie et la Congruence.

Cette base de sécurité mise en évidence par les Travaux sur l'attachement de John Bowlby (5) est fondamentale pour initier le changement et pouvoir quitter "sa zone de sécurité" qui souvent enferme, empêche ; car si le médecin enferme, **qui** libèrera le patient enchaîné dans ses blocages et sa méséstime ?

Il est à noter que dans l'étude de Lambert (6), près de 30 % des changements obtenus chez nos patients sont attribuables à la qualité de l'alliance (Fig. 1). Elle influence non seulement le changement mais également l'abandon des traitements.

Pour l'établissement d'une bonne

alliance, la variable la plus déterminante est la qualité du lien émotionnel.

COMMENT INSTALLER UN CLIMAT DE SECURITE QUI PERMETTE LA CIRCULATION DE LA CONFIANCE ET DE LA MOTIVATION ?

La confiance se gagne en gouttes, et se perd en litres.

Jean-Paul Sartre

En suivant la ligne Rogerienne, l'Alliance Thérapeutique va s'élaborer à partir d'un **rapport collaboratif**, dans une relation telle que patient et thérapeute travaillent **ensemble** pour résoudre les problèmes posés dans la thérapie.

La bienveillance permet un accueil **inconditionnel** de l'autre : *j'éprouve des sentiments positifs à son égard et je crois en ses ressources, même s'il ne les a pas utilisées jusque-là. Je le rétablis comme sujet responsable. Je le libère de la crainte d'être jugé (en bien ou en mal) ; cette liberté est propice au changement.*

L'acceptation inconditionnelle de la réalité de l'autre, c'est accepter sa différence et sa réalité, reconnaître ses besoins afin d'harmoniser les deux cadres référentiels. En venant nous consulter le patient nous met en posture de "tuteur", de "caregiver". Nous devenons les "tisseurs" du lien qui va se créer et permettre ainsi l'installation du climat propice à l'alliance.

S'ajoute à l'approche bienveillante une dimension de **Chaleur humaine** qui demeure une nécessité naturelle, car l'être humain est un "animal" grégaire et affectif qui a besoin de vivre avec les autres. Le manque de chaleur peut paralyser l'alliance. Il est de notre responsabilité de ne pas décevoir notre patient. Pour beaucoup d'entre eux, le manque de considération du thérapeute peut réactiver des schémas d'humiliation ou d'abandon, subis dans l'enfance.

La relation d'aide et par la même de l'alliance thérapeutique s'établissent à partir d'un socle commun qui est la **relation empathique**. Le besoin d'empathie est un besoin humain universel dans les rapports à l'autre. C'est ainsi que nous sommes capables de comprendre son point de vue même s'il m'est totalement étranger, voire insupportable.

Les principes fondamentaux de la relation d'aide, telle qu'elle est développée par Carl Rogers demandent de la part du thérapeute une mise en congruence de ses propres motivations, émotions et paroles. Il en va là encore de notre responsabilité « *de faire un arrêt sur image* » quand je n'arrive pas - par exemple - à exprimer de la chaleur vis-à-vis d'un patient. Est-ce du fait de mon tempérament ou du sien ?

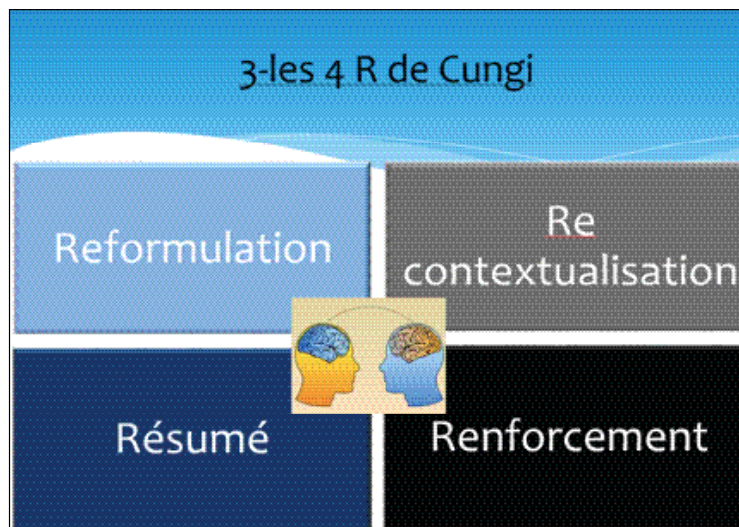


FIGURE 2 - Les 4R de Cungi (7).

DEUX CLINIQUES POUR UN CLIMAT DE CONFIANCE :

Les termes Climat (inclinaison de la terre vers le pôle), et Clinique ont la même racine grecque : ce terme dérive du verbe κλινειν, *klinein* (« *incliner, faire pencher* »).

L'inclinaison du clinicien : dans sa dimension physique, scientifique, c'est celui qui se penche sur, qui est enclin à l'étude. Gérée par le cerveau gauche, l'inclinaison s'inscrit dans la raison, la technique, autrement dit la dimension professionnelle.

L'inclination du clinicien : dans sa dimension éthique, humaine, intime. Cela définit celui qui est enclin à l'écoute. Plus poétique elle se niche dans le cerveau droit. Elle est obtenue avec l'empathie, la chaleur et l'authenticité, qui est la dimension affective.

La dimension professionnelle du soignant **nécessite d'avoir et d'entretenir** à la fois des compétences techniques rigoureuses et des compétences relationnelles de qualité.

■ LES 4R DE CUNGI (Fig. 2)

Plus récemment, Charly Cungi (7) a développé des outils simples pour faciliter la mise en place de l'alliance thérapeutique. S'il n'est que dans l'affectif sans être professionnel, le soignant risque de perdre le fil et sa fonction de tuteur. L'excès de rapprochement, empêche la thérapie et la prise en charge peut s'arrêter par trop d'affect : Etre professionnel c'est aussi savoir garder la juste distance (la proxémie) un **juste équilibre** entre lien et différenciation.

- Etre attentif, sans être intrusif
- Etre affirmé, sans être agressif
- Être proche, sans être envahissant

> Recontextualiser le problème

Cette technique permet au thérapeute de se faire une idée du problème et de l'accepter sans discuter la réalité du patient.

Il s'agit de poser des questions ouvertes pour préciser les conditions de survenue du problème à l'origine de la consultation, sans insister sur ce qui va quand même

ainsi le patient se sent compris et se centre sur le problème à résoudre. Avant d'entreprendre toute exploration de solutions, il est nécessaire d'aller de l'abstrait pour ramener au concret : **Quoi ? Avec qui ? Depuis quand ? Comment ? Où ?**

> Reformuler

Une répétition "perroquet" permet au patient de se centrer sur la réalité de ce qu'il vit et évite les interprétations.

Il est toutefois possible de lui faire **préciser des termes** s'il « manque de mots ».

Par exemple :

« - Je ne sais pas quoi faire avec mon mari... »

- Vous ne savez pas quoi lui dire précisément ? »

Parfois la formulation d'hypothèses aidera le patient à définir sa pensée et permettra au médecin de vérifier sa pertinence.

Par exemple :

- « - J'ai paniqué ! »

- Vous avez eu peur de mourir ? »

> Résumer

C'est une reformulation élargie qui permet de simplifier la compréhension du problème, de vérifier que l'on est bien sur la même longueur d'onde et repartir vers la solution.

On peut résumer **en début de séance**, faire un rappel de la séance passée et de la tâche pres-

crite, **après un point** important et **systématiquement** en fin de séance.

> Renforcer

Il est essentiel « d'arroser ce que l'on veut voir pousser ». Renforcer positivement les faits et la personne augmente la probabilité d'occurrence d'un comportement : les ressources mobilisées et les progrès réalisés.

Réattribuer au patient les résultats qu'il obtient renforce considérablement son efficacité personnelle et permet au thérapeute de garder confiance, car croire en son patient pour qu'il croit en lui a une portée non verbale extrêmement puissante.

Par exemple :

« Vous vous êtes levé à 8 h malgré votre fatigue et vous êtes allé vous inscrire à la salle de gym. C'est un bon départ, bravo ! »

« On n'apprend rien à personne... on ne peut que créer des conditions d'apprentissage efficace. »

Albert Einstein

EN CONCLUSION

Une consultation est une véritable **aventure collaborative** impliquant un travail d'équipe entre patient et

médecin. L'alliance thérapeutique ne se prescrit pas, elle est la pierre angulaire qui permet ce travail. Elle ne pourra s'installer que s'il y a synchronisation du monde et du rythme du patient avec notre monde et notre rythme. C'est à nous qu'incombe la tâche de trouver le bon tempo... le climat favorable !

Cependant, pas de panique ! Pour acquérir de la fluidité dans une nouvelle technique, il convient juste de s'entraîner et de ne pas se décourager !

Qu'on le veuille ou non, nous serons d'exemple et de guide, nous devons en priorité prendre soin de nous, de nos émotions et états d'âme. Cela permettra la disponibilité totale à l'autre et l'installation de ce lien magique qui s'établit avec nos patients. Sans professionnalisme, la charge émotionnelle peut devenir éprouvante, voire dangereuse pour le thérapeute. ■

* L'auteur déclare ne pas avoir de liens d'intérêt en relation avec cet article.

MOTS-CLÉS

Alliance thérapeutique, Psychothérapie, Relation médecin-malade

KEYWORDS

Therapeutic alliance, Psychotherapy, Physician patient relation



Bibliographie

1. Nasielski S. Gestion de la relation thérapeutique : entre alliance et distance. *Actualités en analyse transactionnelle* 2012 ; 144 : 12-40.

2. Henry WP, Strupp H, Butler F et al. Effects of training in time limited dynamic psychotherapy : changes in therapist behavior. *J Cons Clin Psychol* 1993 ; 61 : 434-40.

3. Bioy A, Bachelart M. L'alliance thérapeutique : historique, recherches et perspectives cliniques. *Perspectives psy* 2010 ; 49 : 84.

4. Marmion JF. *Troubles mentaux et psychothérapies*. Sciences Humaines Editions, Grands Dossiers 2009 ; 15.

5. Bowlby J. *A secure base. Clinical application of attachment theory*. Londres, Routledge 2005.

6. Lambert MJ. Psychotherapy outcome research: Implications for integrative and eclectic therapists. Dans J. C. Norcross & M. R. Goldfried (Eds.), *Handbook of psychotherapy integration 1992*. New York, NY, US: Basic Books, pp. 94-129.

7. Cungi C. *L'alliance thérapeutique*. Ed. Retz, 2016.