



U.F.R. de Psychologie

École Doctorale Cognition Langage Interaction (ED 224)  
Laboratoire de Psychopathologie et Neuropsychologie (EA 2027)

En codirection avec l'  
Université du Québec à Montréal  
Département de psychologie

**UNE SUPERVISION CENTRÉE SUR L'ALLIANCE :**  
**EFFETS SUR LA RÉFLEXIVITÉ DES PSYCHOTHÉRAPEUTES**  
**ET SUR LES REPRÉSENTATIONS DES PATIENTS DE L'ALLIANCE**

**Thèse en vue de l'obtention du Doctorat de Psychologie Clinique**  
Présentée par Anne Plantade-Gipch

Préparée sous la direction de Monsieur le Professeur Alain BLANCHET  
Co-dirigée par Monsieur le Professeur Marc-Simon DROUIN

Soutenue publiquement  
le 8 novembre 2019

**Membres du jury**

Monsieur le Professeur Alain Blanchet (Université Paris VIII)  
Monsieur le Professeur Marc-Simon Drouin (Université du Québec à Montréal)  
Madame Nathalie Duriez, Maître de conférences (Université Paris VIII)  
Madame le Professeur Elisabeth Spitz (Université de Lorraine)  
Monsieur le Professeur Jacques Arènes (Université Catholique de Paris)  
Monsieur le Professeur Yves De Roten (Université de Lausanne)



## REMERCIEMENTS

Je tiens tout particulièrement à remercier :

- Les thérapeutes qui ont accepté d'exposer leur travail dans le cadre de la supervision et de l'étude, de même que les patients qui ont soutenu cette démarche.
- Monsieur le Professeur Alain Blanchet, directeur de la thèse, et Monsieur le Professeur Marc-Simon Drouin, co-directeur, pour leurs conseils précieux.
- Les enseignants et les membres du laboratoire de Psychologie et Neuropsychologie de Paris 8, et plus particulièrement Madame le Professeur Marie-Carmen Castillo, Messieurs les Professeurs Arnaud Plagnol et Antoine Bioy pour leur soutien.
- Monsieur le Professeur Conrad Lecomte et son équipe de l'Université de Montréal, qui ont grandement contribué à ma construction professionnelle.
- La Direction de l'École de Psychologues Praticiens pour son soutien.
- Mes collègues de la Fédération Française des Psychologues et de Psychologie, qui ont cru en mon projet : Messieurs les Professeurs Roger Lecuyer, Benoit Schneider et Jérôme Clerc ; Mesdames Gladys Mondière, Emmanuelle Truong-Minh, Cécile Mercier, Céline Parisot, Virginie Tschomodanov, Monsieur Éric Pernon.
- Messieurs Damien Fouques et Hugues Leduc pour leur soutien.
- Les assistants de recherches qui ont été impliqués dans ce projet (particulièrement Maxence et Hélène).
- Mes deux amours, et mes parents - qui ont tous fait des concessions pour que ce projet puisse voir le jour.

## RÉSUMÉ

L'alliance prédit le succès thérapeutique. Également, la détérioration de cette dernière est liée à des impasses thérapeutiques et à l'abandon des séances. On observe que ces derniers sont moins fréquents lorsque le thérapeute est attentif aux processus relationnels qui entrent en jeu en thérapie. La supervision centrée sur l'alliance peut-elle contribuer à améliorer les capacités réflexives et relationnelles des thérapeutes dans l'alliance ? L'étude compare 15 thérapeutes ayant participé à cette supervision à 15 autres n'y ayant pas participé. Les résultats à l'Inventaire d'alliance de travail - complété par les thérapeutes et par leurs patients – montrent que la supervision centrée sur l'alliance améliore les représentations des thérapeutes et des patients quant à la capacité du thérapeute à installer le dispositif de soins dans un environnement intersubjectif fondé sur l'alliance. Les représentations des thérapeutes et des patients s'améliorent donc concernant la capacité du thérapeute à aider le patient, à le faire progresser et à l'amener à se comprendre. Les jeunes thérapeutes semblent capables de négocier l'alliance affective avec le patient, ce qui leur est plus difficile pour l'entente autour des objectifs thérapeutiques. Également, un point de vue davantage autonome sur l'alliance apparaît chez les patients et les thérapeutes ayant participé à la supervision centrée sur l'alliance que dans le groupe où les thérapeutes n'ont pas participé. Dans ce second groupe, l'alliance des patients se déploie d'une manière anaclitique, c'est-à-dire en s'étayant sur la représentation de l'alliance des thérapeutes. Les résultats à l'Évaluation multidimensionnelle de la régulation des émotions montrent également un effet protecteur de la supervision centrée sur l'alliance sur l'impulsivité des thérapeutes. Enfin, l'étude montre que les thérapeutes seniors identifient plus de mouvements de l'alliance que les jeunes thérapeutes. Globalement, le modèle de supervision apparaît utile pour aider le thérapeute à installer le dispositif de soins dans un environnement intersubjectif fondé sur l'alliance. Elle semble également avoir un effet protecteur sur leur impulsivité. Même si l'expérience professionnelle permettrait de développer la réflexivité et les capacités relationnelles, il paraît important de continuer à former les jeunes thérapeutes à l'alliance – en particulier à l'entente autour des objectifs thérapeutiques avec le patient.

**Mots-clés :** alliance thérapeutique, entente autour des objectifs thérapeutiques, réflexivité des thérapeutes, capacités relationnelles des thérapeutes, supervision, formation continue des thérapeutes.

## **ABSTRACT**

The alliance predicts therapeutic success. Also, the deterioration of the latter is linked to therapeutic impasses and to the termination of sessions. Can alliance-focused supervision help improve reflexive and relational abilities of therapists in the alliance? Study compares 15 therapists who participated in this supervision with 15 who did not. Results at the Working Alliance Inventory - completed by therapists and patients - show that alliance-focused supervision improves therapists' and patients' perceptions of the therapist's ability to install the care device in an intersubjective environment based on the alliance. Thus, the perceptions of therapists and patients is improving with respect to the therapist's ability to help the patient, to make him progress and to help him understand himself. Young therapists seem to be able to negotiate the affective alliance with the patient, which appear more difficult for them concerning the agreement around the therapeutic goals. Also, a more independent perspective on the alliance appears in the patients and therapists who participated in the alliance-focused supervision than in the group where the therapists did not participate. In this second group, the alliance of the patient unfolds in an anaclitic way, relying on therapists' representation of the alliance. Results in the Difficulties in Emotion Regulation Scale also show a protective effect of the alliance-focused supervision on therapist impulsiveness. Finally, the study shows that senior therapists identify more alliance movements than less experienced therapists. Overall, alliance-focused supervision appears useful to help therapist install the care device in an intersubjective environment based on the alliance. It also seems to have a protective effect on their impulsiveness. Although professional experience seems to develop reflexivity and relational skills, in continuing professional development, it seems important to continue to train young therapists to the alliance – especially to the agreement around therapeutic goals with the patient.

**Key words:** therapeutic alliance, agreement around therapeutic goals, therapists' reflexivity, relational abilities of therapists, supervision, continuous professional development.

## TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION.....	16
<b>PREMIÈRE PARTIE : REVUE DE LA QUESTION .....</b>	<b>18</b>
<b>Chapitre I : Dans les détours de l'alliance thérapeutique .....</b>	<b>19</b>
<b>1. Définition du sujet de la recherche .....</b>	<b>20</b>
1.1. Une étude sur la psychothérapie et la consultation psychologique .....	20
1.2. Le rôle de la relation dans l'évolution thérapeutique .....	20
1.3. Relation et alliance thérapeutiques.....	21
1.4. Une alliance à la fois stable et fluctuante .....	28
<b>2. Une certaine idée de l'évolution thérapeutique du patient.....</b>	<b>30</b>
2.1. Définition de l'efficacité thérapeutique.....	30
2.2. L'efficacité thérapeutique : un non-sens épistémologique ?.....	31
<b>3. Principales connaissances issues de la recherche en psychothérapie .....</b>	<b>32</b>
3.1. Toutes les thérapies psychologiques seraient efficaces.....	32
3.2. Aucune thérapie ne serait plus efficace que les autres .....	34
<b>4. La recherche sur les facteurs communs .....</b>	<b>36</b>
4.1. Qu'entend-on par "facteurs communs" aux psychothérapies ?.....	36
4.2. Efficacité des facteurs communs .....	37
4.3. Facteurs spécifiques et traitements validés empiriquement .....	37
4.4. Prendre en compte les facteurs communs et les facteurs spécifiques .....	39
<b>5. État des connaissances sur l'alliance thérapeutique .....</b>	<b>41</b>
5.1. Comprendre l'alliance en s'appuyant sur le courant de l'intersubjectivité.....	42
5.1.1. Historique et fondements de l'intersubjectivité .....	42
5.1.2. L'interaction des subjectivités .....	47
5.2. Alliance et évolution thérapeutique.....	48
5.3. Quels facteurs font varier l'alliance ? .....	52
5.3.1. La variable du patient .....	52
5.3.2. La variable du thérapeute.....	52
5.3.3. L'interaction thérapeutique .....	56
5.3.4. Les techniques .....	57
5.4. Comment évaluer l'alliance thérapeutique en recherche ?.....	58
5.4.1. Spécificités de la recherche sur l'alliance .....	58
5.4.2. L'Inventaire d'alliance de travail.....	60
5.4.3. Les écueils méthodologiques fréquents .....	62
5.5. « Négocier » l'alliance thérapeutique .....	64

5.6. La subjectivité du thérapeute.....	66
5.7. Les marqueurs des mouvements de l'alliance.....	71
5.8. Niveaux à considérer dans le travail sur l'alliance.....	72
5.9. Les stratégies de maintien et d'amélioration de l'alliance.....	73
5.9.1. Identifier les marqueurs des mouvements de l'alliance.....	73
5.9.2. Méta-communiquer.....	74
5.9.3. Utiliser des stratégies de réparation immédiates.....	76
<b>6. Alliance et formation des thérapeutes.....</b>	<b>77</b>
<b>Chapitre II : Former les jeunes thérapeutes aux capacités relationnelles.....</b>	<b>79</b>
<b>1. Les capacités relationnelles nécessaires au développement et au maintien de l'alliance.....</b>	<b>80</b>
1.1. Les capacités relationnelles du thérapeute.....	80
1.1.1. La réflexivité du thérapeute.....	81
1.1.2. Des objectifs de formation à l'alliance.....	85
<b>2. Former les thérapeutes à l'alliance.....</b>	<b>85</b>
2.1. La thérapie personnelle pour développer les capacités relationnelles du thérapeute.....	85
2.2. La supervision pour développer les capacités relationnelles du thérapeute.....	87
2.3. La centralité de l'alliance de supervision.....	91
2.4. La supervision pour soutenir l'alliance thérapeutique.....	95
2.5. La supervision pour développer la réflexivité du thérapeute dans l'alliance.....	97
2.6. Le groupe de supervision pour soutenir la réflexivité du thérapeute.....	102
<b>3. Principes de l'auto-formation dans l'animation de la supervision centrée sur l'alliance.....</b>	<b>108</b>
3.1. L'auto-formation pour soutenir les capacités relationnelles du thérapeute.....	107
3.2. L'auto-observation comme auto-formation.....	111
3.2. Observer les interactions pour se former.....	112
<b>4. Conclusion de la revue de la question.....</b>	<b>113</b>
<b>DEUXIÈME PARTIE : ÉTUDE EMPIRIQUE.....</b>	<b>115</b>
<b>Chapitre I : Méthode.....</b>	<b>116</b>
<b>1. Formalisation des hypothèses de recherche.....</b>	<b>117</b>
1.1. Contexte général de l'étude.....	117
1.2. Problématique et objectifs.....	117
1.4. Hypothèses de recherche.....	119
1.5. Résumé du protocole de recherche.....	121

2. Protocole de supervision .....	121
2.1. Contenu théorique de la supervision .....	121
2.2. Grille des besoins de supervision .....	122
<b>3. Recrutement des sujets-thérapeutes .....</b>	<b>122</b>
3.1. Diffusion de l'information par les réseaux professionnels et par les réseaux sociaux .....	122
3.2. Diffusion de l'information par communications orales.....	123
3.3. Critères d'inclusion des thérapeutes .....	123
3.4. Déontologie (thérapeutes) .....	124
<b>4. Recrutement des sujets-patients .....</b>	<b>126</b>
4.1. Consentement des patients .....	126
4.2. Déontologie (patients) .....	126
4.3. Critères d'inclusion et d'exclusion des patients .....	127
4.3.1. Critères d'inclusion des patients .....	127
4.3.2. Critères d'exclusion des patients .....	127
<b>5. Procédure de recueil des données .....</b>	<b>129</b>
5.1. L'Inventaire d'alliance de travail .....	132
5.2. L'Évaluation multidimensionnelle de la régulation des émotions .....	133
5.3. Les extraits filmés.....	134
5.4. L'entretien semi-directif.....	136
5.4.1. Le guide d'entretien .....	136
5.4.2. La formation des assistants de recherche .....	138
<b>6. Procédure de traitement des données.....</b>	<b>139</b>
6.1. Analyse des données produites par l'Inventaire d'alliance de travail .....	139
6.2. Analyse des données produites par l'Évaluation multidimensionnelle de la régulation des émotions .....	140
6.3. Analyse des données issues de la cotation des extraits vidéo .....	141
6.4. Analyse des données provenant de l'entretien de recherche .....	142
<b>Chapitre II : Résultats de l'expérience.....</b>	<b>143</b>
<b>1. Analyses statistiques des données .....</b>	<b>145</b>
1.1. Données socio-démographiques des participants .....	145
1.1.1. Données socio-démographiques des thérapeutes.....	146
1.1.2. Données socio-démographiques des patients .....	146
1.2. Statistiques descriptives .....	147
1.2.1. Statistiques descriptives des variables continues.....	147
1.2.2. Statistiques descriptives des variables discontinues.....	148



1.3. Analyses statistiques des données produites par les instruments de mesure .....	151
1.3.1. Analyse des scores de l'Inventaire d'alliance de travail, variable « Alliance ».....	151
1.3.2. Analyse des données produites par sous-échelles de l'Inventaire d'alliance de travail.....	153
1.3.2.1. Analyse des scores de la variable « Lien » .....	154
1.3.2.2. Analyse des scores de la variable « Tâches » .....	154
1.3.2.3. Analyse des scores de la variable « Objectifs ».....	155
1.3.3. Comparaison des dynamiques de l'alliance dans les groupes expérimental et contrôle .....	157
1.3.4. Analyse des scores globaux de l'Évaluation multidimensionnelle de la régulation des émotions .....	160
1.3.5. Analyse des données produites par les sous-échelles de l'Évaluation multidimensionnelle de la régulation des émotions.....	161
1.3.6. Analyse des données produites par la cotation des vidéos .....	162
a) Comparaison des groupes de thérapeutes .....	164
b) Comparaison des 30 thérapeutes et des experts .....	165
1.3.7. Synthèse des résultats statistiques .....	169
<b>2. Analyses des entretiens semi-directifs de recherche .....</b>	<b>171</b>
2.1. Des motifs de consultation divers chez les patients .....	171
2.2. Des indices d'un biais de désirabilité sociale chez les thérapeutes .....	172
2.3. Des indices d'évolution de la relation et du suivi thérapeutiques .....	174
2.4. Des indices d'un travail au niveau de la relation thérapeutique.....	174
2.5. Des indices d'apports en lien avec la supervision centrée sur l'alliance.....	176
2.6. Des indices d'expériences profitables de la supervision .....	177
2.7. Des indices que la supervision étaye le travail sur l'alliance thérapeutique .....	177
2.8. Analyse Alceste par consigne d'entretien .....	178
2.8.1. Première consigne d'entretien : Travail thérapeutique entrepris.....	179
2.8.2. Synthèse de la première consigne : Travail sur le lien thérapeutique...	180
2.8.3. Deuxième consigne d'entretien : Évolution du patient.....	180
2.8.4. Synthèse de la seconde consigne : Évolution thérapeutique et relationnelle .....	182
2.8.5. Troisième consigne d'entretien : Vécu du thérapeute .....	182
2.8.6. Synthèse de la troisième consigne : Vécu complexe et contradictoire.	183
2.8.7. Quatrième consigne d'entretien : Plus récent entretien .....	183
2.8.8. Synthèse de la quatrième consigne : alliance thérapeutique et moments charnières.....	185

2.8.9. Cinquième consigne d’entretien : Moments difficiles.....	185
2.8.10. Synthèse de la cinquième consigne : Travailler avec les interactions Thérapeutiques difficiles .....	186
2.8.11. Sixième consigne d’entretien : Effet et vécu de la supervision centrée sur l’alliance .....	186
2.8.12. Synthèse de la sixième consigne : Effets et apports de la supervision.....	191
2.9. Synthèse des analyses des entretiens de recherche.....	191
<b>TROISIÈME PARTIE : DISCUSSION DES RÉSULTATS .....</b>	<b>193</b>
1. La capacité du thérapeute à développer l’alliance.....	194
2. Les dynamiques d’alliance .....	196
3. La capacité du thérapeute à développer le lien, les tâches, les objectifs.....	198
3.1. La capacité du thérapeute à développer l’entente autour du lien.....	198
3.2. La capacité du thérapeute à développer l’entente autour des tâches .....	199
3.3. La capacité du thérapeute à développer l’entente autour des objectifs ...	199
4. La capacité du thérapeute à réguler ses réactions subjectives en thérapie .....	201
5. La capacité du thérapeute à identifier les mouvements de l’alliance.....	202
6. La capacité du thérapeute à s’ajuster à l’interaction thérapeutique .....	203
7. Comparaison des jeunes thérapeutes et des thérapeutes seniors concernant les mouvements de l’alliance .....	204
8. Limites de l’étude.....	205
8.1. Limites liées au protocole de recherche .....	205
8.2. Limites liées à la double posture de chercheur et de superviseur.....	207
9. Conclusion de la discussion .....	209
<b>CONCLUSION GÉNÉRALE .....</b>	<b>212</b>
<b>Références bibliographiques .....</b>	<b>215</b>
<b>ANNEXES .....</b>	<b>252</b>
Annexe 1 : L’Échelle d’évaluation de la séance .....	253
Annexe 2 : Message standard pour informer les thérapeutes potentiels .....	254
Annexe 3 : Formulaire de consentement du thérapeute (expérimental).....	255
Annexe 4 : Formulaire de consentement du thérapeute (contrôle) .....	256
Annexe 5 : Formulaire de consentement du patient.....	257
Annexe 6 : Fiche d’informations destinée aux institutions des psychologues salariés.....	258

Annexe 7 : Messages standards pour l'envoi du protocole de recherche aux thérapeutes ....	260
Annexe 8 : Questionnaire socio-démographique .....	262
Annexe 9 : Messages standards pour l'envoi du protocole de recherche aux patients .....	261
Annexe 10 : Inventaire d'alliance de travail – patient .....	264
Annexe 11 : Inventaire d'alliance de travail – thérapeute .....	265
Annexe 12 : L'Évaluation multidimensionnelle de la régulation des émotions .....	266
Annexe 13 : Formulaire de consignes et de réponses pour les extraits vidéo 1 et 2 .....	273
Annexe 14 : Liens <i>Dropbox</i> vers les extraits vidéo .....	275
Annexe 15 : Guide de l'entretien de recherche .....	276
Annexe 16 : Therapist Relationship Interview – Termination .....	279
Annexe 17 : Grille des besoins de supervision .....	282
Annexe 18 : Grilles d'auto-supervision des stages en psychologie .....	283
Annexe 19 : Protocole utilisé pour la transmission de la théorie en supervision.....	284
Annexe 20 : Tableaux et figures des statistiques descriptives .....	289
Annexe 21 : Tableaux et figures des tests statistiques .....	295
Annexe 22 : Tableaux et figures des analyses des entretiens semi-directifs de recherche ....	309
Annexe 23 : Exemples d'entretiens de recherche (confidentiels) .....	335

## **LISTE DES TABLEAUX**

Tableau 1. Résumé des modalités de collecte des données .....	132
Tableau 2. Résumé des résultats au test <i>t</i> des variables descriptives continues.....	148
Tableau 2.1. Année moyenne d'obtention du diplôme.....	289
Tableau 2.2. Test <i>t</i> des variables descriptives continues .....	289
Tableau 2.3. Moyennes pour les variables du nombre de mois et de la fréquence du suivi des patients.....	290
Tableau 2.4. Test <i>t</i> de Student pour les variables du nombre de mois et de la fréquence du suivi des patients.....	290
Tableau 3. Résumé des résultats au test du khi-carré des variables descriptives discontinues.....	150
Tableau 3.1. Sexe des thérapeutes .....	291
Tableau 3.2. Établissement d'obtention du diplôme .....	291
Tableau 3.3. Région d'exercice .....	292
Tableau 3.4. Approche thérapeutique.....	292
Tableau 3.5. Spécialité de pratique.....	293
Tableau 3.6. Pratique libérale (oui/non).....	293
Tableau 3.7. Institution d'exercice .....	294

Tableau 3.8. Formation, cours ou supervisions antérieurs à l'alliance .....	294
Tableau 3.9. Âge des thérapeutes .....	294
Tableau 4. Scores globaux d'alliance des patients et des thérapeutes .....	152
Tableau 5. ANOVA des scores d'alliance des thérapeutes et des patients .....	295
Tableau 6. ANOVA des scores d'alliance des thérapeutes .....	296
Tableau 7. ANOVA des scores du lien des thérapeutes et des patients .....	297
Tableau 8. ANOVA des scores des tâches des thérapeutes et des patients.....	298
Tableau 9. Scores globaux des tâches des patients et des thérapeutes.....	155
Tableau 10. Scores globaux des objectifs des patients et des thérapeutes .....	156
Tableau 11. ANOVA des scores des objectifs des thérapeutes et des patients.....	299
Tableau 12. Comparaison des dynamiques de l'alliance .....	300
Tableau 13. ANOVA de l'Évaluation de la régulation des émotions .....	301
Tableau 14. ANOVA de l'Évaluation de la régulation des émotions, non-acceptation.....	301
Tableau 15. ANOVA de l'Évaluation de la régulation des émotions, buts .....	302
Tableau 16. ANOVA de l'Évaluation de la régulation des émotions, impulsivité .....	302
Tableau 17. ANOVA de l'Évaluation de la régulation des émotions, conscience .....	303
Tableau 18. ANOVA de l'Évaluation de la régulation des émotions, stratégies .....	303
Tableau 19. ANOVA de l'Évaluation de la régulation des émotions, clarté .....	304
Tableau 20. ANOVA des mouvements globaux des thérapeutes .....	305
Tableau 21. ANOVA des mouvements positifs des thérapeutes .....	305
Tableau 22. ANOVA des mouvements négatifs des thérapeutes .....	306
Tableau 23. ANOVA des mouvements globaux de l'alliance, experts et thérapeutes .....	306
Tableau 24. ANOVA des mouvements positifs de l'alliance, experts et 30 thérapeutes .....	307
Tableau 25. ANOVA des mouvements négatifs de l'alliance, experts et 30 thérapeutes .....	307
Tableau 26. Matrice des corrélations, années d'expérience et mouvements de l'alliance ....	308
Tableau 27. Principaux motifs de consultation des patients .....	309
Tableau 28. Contexte d'inclusion du patient à l'étude.....	311
Tableau 29. Perception de la relation thérapeutique et de l'alliance par le thérapeute .....	312
Tableau 30. Perception de l'évolution thérapeutique par le thérapeute .....	312
Tableau 31. Perception du travail fait sur la relation et l'alliance thérapeutiques par le thérapeute .....	315
Tableau 32. Apports de la supervision centrée sur l'alliance selon les thérapeutes .....	318
Tableau 33. Vécu de la supervision centrée sur l'alliance par les thérapeutes .....	320
Tableau 34. Descriptif 1 des formes associées à la classe 1 et des $\chi^2$ d'association .....	324
Tableau 35. Descriptif 1 des formes associées à la classe 2 et des $\chi^2$ d'association .....	324
Tableau 36. Descriptif 1 des formes associées à la classe 3 et des $\chi^2$ d'association .....	324
Tableau 37. Descriptif 1 des formes associées à la classe 4 et des $\chi^2$ d'association .....	324

Tableau 38. Descriptif 2 des formes associées à la classe 1 et des $\chi^2$ d'association .....	326
Tableau 39. Descriptif 2 des formes associées à la classe 2 et des $\chi^2$ d'association .....	326
Tableau 40. Descriptif 2 des formes associées à la classe 3 et des $\chi^2$ d'association .....	326
Tableau 41. Descriptif 2 des formes associées à la classe 4 et des $\chi^2$ d'association .....	326
Tableau 42. Descriptif 3 des formes associées à la classe 1 et des $\chi^2$ d'association .....	328
Tableau 43. Descriptif 3 des formes associées à la classe 2 et des $\chi^2$ d'association .....	328
Tableau 44. Descriptif 3 des formes associées à la classe 3 et des $\chi^2$ d'association .....	328
Tableau 45. Descriptif 4 des formes associées à la classe 1 et des $\chi^2$ d'association .....	330
Tableau 46. Descriptif 4 des formes associées à la classe 2 et des $\chi^2$ d'association .....	330
Tableau 47. Descriptif 4 des formes associées à la classe 3 et des $\chi^2$ d'association .....	330
Tableau 48. Descriptif 4 des formes associées à la classe 4 et des $\chi^2$ d'association .....	330
Tableau 49. Descriptif 4 des formes associées à la classe 5 et des $\chi^2$ d'association .....	330
Tableau 50. Descriptif 5 des formes associées à la classe 1 et des $\chi^2$ d'association .....	331
Tableau 51. Descriptif 6 des formes associées à la classe 1 et des $\chi^2$ d'association .....	333
Tableau 52. Descriptif 6 des formes associées à la classe 2 et des $\chi^2$ d'association .....	333
Tableau 53. Descriptif 6 des formes associées à la classe 3 et des $\chi^2$ d'association .....	333
Tableau 54. Descriptif 6 des formes associées à la classe 4 et des $\chi^2$ d'association .....	334
Tableau 55. Descriptif 6 des formes associées à la classe 5 et des $\chi^2$ d'association .....	334

## LISTE DES FIGURES

Figure 1. Évolution des scores d'alliance des thérapeutes et des patients .....	152
Figure 2. Évolution des scores d'alliance des thérapeutes .....	153
Figure 3. Évolution des scores des objectifs des thérapeutes et des patients .....	156
Figure 4. Modèle des variables de l'analyse PLS .....	158
Figure 5. Comparaison des configurations dynamiques .....	159
Figure 6. Évolution de l'impulsivité de tous les thérapeutes .....	162
Figure 7. Évolution de l'impulsivité dans les deux groupes de thérapeutes .....	162
Figure 8. Évolution de tous les thérapeutes pour les mouvements négatifs de l'alliance .....	165
Figure 9. Évolution des deux groupes pour les mouvements globaux de l'alliance .....	166
Figure 10. Évolution de tous les thérapeutes pour les mouvements globaux de l'alliance....	166
Figure 11. Évolution des jeunes thérapeutes et des thérapeutes seniors pour les mouvements positifs de l'alliance .....	167
Figure 12. Évolution de tous les thérapeutes pour les mouvements positifs de l'alliance.....	168
Figure 13. Évolution des jeunes thérapeutes et des thérapeutes seniors pour les mouvements négatifs de l'alliance .....	168
Figure 14. Motifs de consultation des patients du groupe expérimental.....	310
Figure 15. Contextes d'inclusion des patients du groupe expérimental.....	310

Figure 16. Perception de la qualité de la relation/alliance thérapeutiques .....	312
Figure 17. Description de la relation thérapeutique par le thérapeute .....	313
Figure 18. Perception de la qualité de l'évolution thérapeutique par le thérapeute .....	314
Figure 19. Type de patient avec qui un travail sur la relation thérapeutique a été rapporté ..	314
Figure 20. Représentation graphique des axes de travail .....	317
Figure 21. Apports de la supervision centrée sur l'alliance .....	321
Figure 22. Pertinence de la supervision centrée sur l'alliance .....	322
Figure 23. Dendrogramme 1 des classes de mots .....	323
Figure 24. Dendrogramme 2 des classes de mots .....	325
Figure 25. Dendrogramme 3 des classes de mots .....	327
Figure 26. Dendrogramme 4 des classes de mots .....	329
Figure 27. Dendrogramme 5 des classes de mots .....	331
Figure 28. Dendrogramme 6 des classes de mots .....	332

## INTRODUCTION

« Lien », « coopération », « communication », « interactions », « langage » : autant de mots qui sont fréquemment associés à la relation humaine en général, et à la relation thérapeutique en particulier. Cette thèse s'intéresse au rapport entre patient<sup>1</sup> et thérapeute, notamment dans ses dimensions du lien affectif et de la coopération - ce que l'on désigne par l'expression « alliance thérapeutique ». Peut-on favoriser le développement des capacités du thérapeute à installer le dispositif de soins dans un environnement intersubjectif fondé sur l'alliance ? Le présent travail interroge l'utilité d'une formation spécifique à l'alliance dans le développement professionnel des thérapeutes.

La première partie de la revue de la question synthétise les principales connaissances scientifiques en psychothérapie, en insistant sur celles qui sont issues du paradigme de recherche sur les facteurs communs et plus particulièrement sur l'alliance thérapeutique. Elle approfondit les difficultés relationnelles susceptibles de bloquer l'alliance, comme les tensions - voire les conflits - entre patient et thérapeute, qui seraient plus fréquents qu'on ne le pense. Elle se penche sur des méthodes de formation spécifiques à l'alliance, qui suscitent un intérêt croissant des chercheurs depuis quelques années. Elle pose donc la question suivante : peut-on aider les thérapeutes à développer l'alliance au profit de l'évolution thérapeutique du patient ? Plus spécifiquement, elle insiste sur la manière de former les thérapeutes à développer le lien et la coopération en thérapie.

La seconde partie de la revue de la question se penche sur les capacités relationnelles du thérapeute nécessaires à l'alliance. Elle pose les questions suivantes : comment aider les thérapeutes à garder une position neutre et bienveillante, à rester attentifs à la souffrance et à la singularité du patient, malgré les tensions et les désaccords qui surviennent dans la relation thérapeutique ? Comment aider les thérapeutes à comprendre les enjeux relationnels du patient, alors qu'ils se trouvent eux-mêmes en difficultés affectives ? Comment soutenir la réflexivité des thérapeutes pour les aider à trouver l'intervention juste, qui aide le patient à avancer, ou qui rétablit une confiance fragilisée en thérapie ?

La pratique de la psychothérapie enseigne qu'il n'existe pas de réponse unique à ces questions. Seul acteur en interaction directe avec le patient, le thérapeute reste l'unique garant

---

<sup>1</sup> Le terme « patient » est utilisé dans ce texte pour faciliter la lecture et pour souligner la demande de soins ou de soutien de la personne qui consulte. Il n'entend pas pour autant écarter systématiquement les appellations « client » ou « consultant ».

de la relation thérapeutique et du travail réalisé avec le patient. La difficulté du métier et l'obligation éthique de savoir discerner sa propre implication dans la relation conduisent souvent les thérapeutes à faire appel à la supervision. La seconde partie de la revue de la question approfondit donc les moyens dont les thérapeutes disposent pour développer leurs capacités relationnelles en thérapie, c'est-à-dire la thérapie personnelle, ainsi que la participation à la supervision individuelle ou groupale.

La seconde partie de la revue de la question expose également les connaissances scientifiques liées à la supervision portant sur l'alliance. Elle s'intéresse à la possibilité de former les thérapeutes à composer avec leur propre subjectivité, souvent malmenée par les moments relationnels difficiles en thérapie. Elle se penche aussi sur les manières d'aider les thérapeutes à devenir sensibles aux variations de l'alliance thérapeutique, de même qu'à ajuster leur posture et leurs interventions à cette dernière. Enfin, cette partie propose un modèle de supervision centré sur l'alliance, basé sur une approche dans laquelle le thérapeute est invité à dialoguer avec sa propre expérience subjective, à interagir avec son groupe de pairs en supervision, ainsi qu'à communiquer avec le patient dans les moments difficiles. La supervision centrée sur l'alliance vise donc à permettre aux thérapeutes de construire des interventions, pour favoriser l'évolution du patient, en fonction d'un contexte relationnel particulier en thérapie.

La seconde partie expose la méthode de recherche mixte utilisée dans l'étude adossée à la thèse. Les hypothèses, le recrutement des sujets, les procédures de recueil et d'analyse des données sont également présentés. Le protocole de recherche sert à évaluer l'intérêt du modèle de supervision centré sur l'alliance pour aider de jeunes thérapeutes à développer leurs capacités relationnelles en thérapie. Deux groupes de thérapeutes – expérimental et contrôle – de même que leurs patients ont participé à l'évaluation du modèle de supervision, essentiellement par le biais de la passation d'échelles de mesure. Le groupe expérimental a également participé à un entretien de recherche.

Dans la troisième partie de la thèse, les résultats de l'étude sont présentés, puis discutés, au regard de la littérature scientifique, des hypothèses et de la méthode de recherche utilisée. Ils font apparaître l'intérêt de la supervision centrée sur l'alliance pour la formation des thérapeutes, plus particulièrement du point de vue de la capacité du thérapeute à installer le dispositif de soins dans un environnement fondé sur l'alliance, ainsi que de la capacité de ce



dernier à réguler certaines de ses réactions affectives en thérapie - notamment la frustration et la colère.

# **REVUE DE LA QUESTION**

# **1. DANS LES DÉTOURS DE L'ALLIANCE THÉRAPEUTIQUE**

Depuis plus de trente ans, les études montrent que la relation et l'alliance thérapeutiques sont essentielles à la réussite d'une psychothérapie (Horvath & Greenberg, 1994 ; Lambert, 1992 ; Norcross, 2011). L'alliance prédit même le succès thérapeutique. Elle serait associée à la réduction des symptômes et de la consommation de drogues, ainsi qu'à l'amélioration des relations interpersonnelles et de l'adaptation sociale (Binder & Strupp, 1997a ; De Roten, 2001 ; Safran & Muran, 2000). A contrario, les alliances faibles seraient liées à l'abandon des séances par le patient (Binder & Strupp, 1997a ; Safran & Muran, 2000, 2016).

La présente revue de la question expose les principales connaissances scientifiques sur l'alliance thérapeutique. Elle précise le rôle de cette dernière dans l'évolution thérapeutique du patient. Elle détaille également les facteurs qui font varier l'alliance. Elle présente les méthodes de recherche communément utilisées pour l'observer et pour la décrire. Elle explicite la nature fluctuante de l'alliance, ainsi que les conséquences qui en découlent pour la pratique. Enfin, elle propose des pistes de travail, afin de permettre aux thérapeutes de développer l'alliance, notamment lorsqu'elle est menacée ou affaiblie.

La revue de la question présente ensuite le rôle de la formation dans le développement des capacités relationnelles des thérapeutes. Elle explique l'utilité de la supervision dans cette démarche. Elle fait état des études portant sur la formation à l'alliance. Elle identifie les axes de construction d'une formation centrée sur l'alliance thérapeutique - sous forme de supervision - en fonction des capacités relationnelles importantes pour la gestion des problèmes liés à l'alliance : la régulation émotionnelle du thérapeute, l'attention aux variations de l'alliance, les postures et l'intervention pour développer cette dernière. La revue de la question permet donc de construire une supervision ayant pour but de développer les capacités relationnelles de thérapeutes dans l'alliance. Par la suite, l'étude évalue la pertinence du modèle de supervision centré sur l'alliance dans le développement des capacités réflexives et relationnelles de jeunes thérapeutes.

## **1. DÉFINITION DU SUJET DE LA RECHERCHE**

Avant d'amorcer la revue de la question, il importe de clarifier les notions de psychothérapie, de même que de relation et d'alliance thérapeutiques.

### **1.1. Une étude sur la psychothérapie et la consultation psychologique**

Les études sur l'alliance thérapeutique intègrent souvent deux types de dispositifs : la psychothérapie et de la consultation psychologique. Ces derniers sont à la fois semblables et différents.

Pour Norcross (1990), la psychothérapie est l'utilisation compétente et intentionnelle de méthodes cliniques, ainsi que de positionnements interpersonnels, dérivés de principes psychologiques établis, dans le but d'aider les personnes à transformer leurs comportements, leurs cognitions, leurs émotions, ou d'autres caractéristiques personnelles - dans le sens qu'ils souhaitent. La psychothérapie est souvent distinguée de la relation de conseil ou de soutien. Pourtant, la frontière entre psychothérapie et conseil psychologique est souvent floue. Historiquement, l'expression « consultation psychologique<sup>2</sup> » a été introduite par Carl Rogers pour remplacer le mot « psychothérapie », notamment en raison de l'opposition des psychiatres américains à permettre aux psychologues de pratiquer cette dernière. La distinction entre psychothérapie et consultation psychologique est donc souvent jugée discutable. On peut les imaginer sur un même continuum avec, à une extrémité, les dispositifs de psychothérapie d'exploration, et à l'autre, des interventions plus psycho-éducatives. Le terme « thérapies » désignera ici les deux types de dispositifs.

Quelle que soit la terminologie utilisée, la relation thérapeutique reste centrale à l'intervention. Cette étude s'intéressera notamment aux effets de l'alliance dans l'évolution thérapeutique du patient.

### **1.2. Le rôle de la relation dans l'évolution thérapeutique**

Dès le XVIIIe siècle, le rôle central de la relation thérapeutique dans le soin est souligné par Franz Anton Mesmer. Si sa pratique du magnétisme animal est alors fortement controversée, elle prend néanmoins en compte les processus affectifs liés à la relation thérapeutique. En effet, Mesmer pense qu'il existe du « *sentiment* » entre le patient et le thérapeute (Chertok & De Saussure, 1996). Au début du XXe siècle, Freud approfondira la notion de relation thérapeutique en explicitant le jeu du transfert<sup>3</sup> et du contre-transfert<sup>4</sup> (Freud & Breuer, 1895,

---

<sup>2</sup> Counseling.

<sup>3</sup> Processus par lequel les désirs inconscients du patient s'actualisent sur la personne de l'analyste (Laplanche & Pontalis, 1973).

Freud, 1912). Depuis une trentaine d'années, sur la base des travaux de Gelso et Carter (1985), la relation thérapeutique est souvent considérée comme l'ensemble des sentiments et des attitudes que thérapeute et patient entretiennent l'un envers l'autre, ainsi que de la manière dont ils les manifestent (Gelso & Carter, 1985, 1994 ; Lambert & Norcross, In Norcross, 2011).

En 1999, Asay et Lambert ont souligné l'importance de la relation thérapeutique dans l'évolution du patient. En recensant plus de 100 études, portant sur les résultats de psychothérapies conduites par des thérapeutes de différentes approches, ces chercheurs ont déduit le poids statistique des variables impliquées dans le changement thérapeutique. Leur méta-analyse montre que 30% de la variance du changement est liée à la relation. Parmi les autres facteurs impliqués dans le changement, les chercheurs ont également souligné : les événements de la vie du patient, les caractéristiques liées à sa personnalité et à son fonctionnement, qui représentent, dans cette étude, 40% de la variance du changement thérapeutique. Ils soulignent aussi les techniques spécifiques aux approches, qui expliquent 15% de la variance du changement, de même que l'effet d'anticipation - placebo et croyances - qui équivaut à 15% de la variance (Asay & Lambert, 1999 ; Lambert, 1992, 2004). Les résultats de cette étude alimentèrent l'engouement pour la recherche portant sur la relation thérapeutique.

L'*American Psychological Association* considère la relation comme un facteur d'efficacité thérapeutique. En 1999, elle mandate un groupe de travail de la division *Psychothérapie*, afin de recenser les études portant sur la relation thérapeutique et soutenues par la preuve scientifique<sup>5</sup>. Ces travaux ont fait l'objet du livre *Psychotherapy Relationships That Work*<sup>6</sup>, ainsi que de sa réédition (Norcross, 2002, 2011). Une synthèse des études effectuées sur l'efficacité thérapeutique pendant les soixante dernières années y est présentée. Elle souligne l'importance de la relation thérapeutique pour l'évolution du patient.

### **1.3. Relation et alliance thérapeutiques**

Si, dans la littérature scientifique, les termes « relation » et « alliance » thérapeutiques semblent parfois interchangeables, ils doivent néanmoins être distingués. En effet, la notion

---

<sup>4</sup> Ensemble des réactions affectives conscientes ou inconscientes de l'analyste envers son patient (Laplanche & Pontalis, 1973).

<sup>5</sup> *Evidence-Based Relationships*.

<sup>6</sup> Les relations thérapeutiques qui fonctionnent.

d'alliance thérapeutique met l'emphase non seulement sur le lien affectif entre patient et thérapeute, mais également sur leur travail collaboratif, alors que celle de relation insiste sur le lien (Bordin, 1979 ; De Roten, 2001 ; Safran & Muran, 2000).

Les travaux de Freud sur la relation et sur le transfert sont considérés comme précurseurs des recherches actuelles sur l'alliance. En 1912, le père de la psychanalyse juge déjà fondamental d'attacher le patient à la personne de l'analyste et d'en faire un collaborateur dans la cure dès les premiers temps de l'analyse (Bioy, Bénony & al., 2012 ; Despland, De Roten, & al., 2000). Dans les années 1930, la définition qui sera donnée à l'alliance par des psychanalystes américains est proche de ce point de vue. Toujours en Amérique, dans les années 1970, une perspective plus empirique sur l'alliance apparaît. Elle ouvre la voie aux études s'intéressant aux poids de l'alliance dans l'évolution thérapeutique du patient (Bioy & al. 2012). En 1979, Bordin affirme que l'alliance influence fortement le processus thérapeutique - une idée aujourd'hui relayée par de nombreux chercheurs, peu importe leur approche thérapeutique de prédilection (Bioy & Bachelart, 2010 ; Norcross, 2011). Aujourd'hui, l'alliance est souvent reconnue comme une variable intégrative, créant un certain consensus parmi les approches, voire susceptible de les rapprocher (Bioy & Bachelart, 2010 ; Wolfe & Goldfried, 1988).

Bordin (1983) définit l'alliance comme, d'une part, la fiabilité du lien émotionnel qui existe entre patient et thérapeute - l'alliance affective - et d'autre part, leur entente autour des objectifs thérapeutiques du changement poursuivi, ainsi que des moyens utilisés pour y parvenir - l'alliance de travail. S'inspirant des travaux de Bordin, Horvath et Greenberg (1994) ont ensuite défini l'alliance comme la manière dont le patient et le thérapeute : 1) « vivent le lien émotif », 2) dont ils s'entendent autour « des objectifs » de la thérapie, 3) ainsi que « des tâches » liées à cette dernière. Ces chercheurs relient ces trois dimensions - lien affectif, objectifs et tâches - et considèrent qu'elles forment le concept d'alliance. Cette conceptualisation a notamment été prise en compte dans la construction du *Working Alliance Inventory* (WAI), un instrument de mesure auto-rapporté de l'alliance, basé sur les travaux de Bordin (Horvath & Greenberg, 1989). En français, on l'appelle l'Inventaire d'alliance de travail. D'autres conceptualisations de l'alliance existent. Parmi elles, celle de Luborsky (1976), qui fait apparaître deux dimensions de l'alliance : le sentiment du patient d'être aidé par le thérapeute de la manière dont il en a besoin, ainsi que celui de travailler ensemble dans une même direction. À cette conceptualisation est rattaché le *Helping Alliance Questionnaire* (HAQ). D'autres instruments mesurent également l'alliance, tels que le *Vanderbilt*

*Therapeutic Alliance Scale* (VTAS) (Henry & Strupp, 1994) et le *California Psychotherapy Alliance Scale* (CALPAS) (Marmar, Weiss & Gaston, 1989). Le *Session Evaluation Questionnaire* (SEQ) évalue plutôt l'effet d'une séance, ainsi que la satisfaction du patient et du thérapeute (Stiles, 1980). Néanmoins, l'Inventaire d'alliance de travail reste l'instrument le plus reconnu et le plus utilisé pour mesurer l'alliance en psychothérapie (Corbière, Bisson & al., 2006 ; Martin, Garske & Davis, 2000). Pour Horvath, Del Re et al. (2011), la perspective des patients concernant l'alliance, de même que celle des thérapeutes prédisent l'évolution thérapeutique. Il semble donc pertinent de s'intéresser aux deux.

Pour donner corps à la définition de l'alliance proposée par Horvath et Greenberg (1994), il faut préciser que la notion de lien affectif entre patient et thérapeute renvoie à la qualité de la relation. En d'autres termes, le patient se sent-il respecté, compris, sécurisé, voire apprécié ? Le thérapeute peut, lui aussi, se poser la question d'être apprécié par le patient, voire en sécurité avec lui. D'autre part, la notion d'objectifs thérapeutiques renvoie à la direction prise en thérapie. Au départ, le patient a une demande. Au fil des premiers entretiens, des objectifs se précisent de manière plus ou moins explicite, avec l'aide du thérapeute. Ces derniers ne correspondent pas toujours exactement au souhait initial du patient. L'école thérapeutique à laquelle appartient le thérapeute peut notamment orienter les objectifs. Or, chaque approche thérapeutique comporte des buts particuliers. En psychanalyse, les séances visent généralement à négocier les conflits internes. Les thérapies comportementales et cognitives (TCC) visent généralement à faire diminuer les symptômes. La psychothérapie humaniste cherche à amener le patient à conscientiser ses émotions et ses besoins, à les comprendre et à les exprimer dans les relations avec les autres (Chambon & Marie-Cardine, 2014).

Enfin, la notion de tâches effectuées dans le cadre de la thérapie désigne les activités dans lesquelles le thérapeute s'attend à ce que le patient s'engage pour faciliter son évolution thérapeutique et pour atteindre ses objectifs. En psychanalyse, pendant les séances, il est généralement demandé au patient, de s'astreindre à la technique des associations libres, alors que dans les TCC, il lui sera notamment demandé de faire des exercices. Le patient peut lui aussi s'attendre à ce que le thérapeute accomplisse certaines tâches. Les différentes dimensions de l'alliance thérapeutique - lien, objectifs et tâches - ne font pas toujours consensus entre patient et thérapeute. Elles peuvent alors faire l'objet d'une négociation (Safran & Muran, 2000).



La définition de l'alliance donnée par Horvath et Greenberg (1994) permet non seulement d'illustrer la dimension relationnelle, mais aussi celle de l'entente autour des souhaits et des demandes de chaque protagoniste au sujet du travail réalisé ensemble (De Roten, 2001). Patient et thérapeute ne seraient donc pas toujours d'accord sur leur relation, sur la direction prise dans le travail thérapeutique, ou encore sur les tâches à accomplir pour y parvenir. Lorsque les positions diffèrent, l'alliance fluctue et nécessite une négociation (Safran & Muran, 2000). Il s'agit alors de travailler à approfondir ou à rétablir la coopération, en cherchant à concilier les perceptions et les attentes (De Roten, Michel & Peter, 2007 ; Safran & Muran, 2000). La notion d'alliance permet donc d'interroger les besoins et les désirs respectifs du patient et du thérapeute (Safran & Muran, 2000). Pour Safran et Muran (2016), si le travail qui consiste à concilier les points de vue n'est pas à l'ordre du jour, ou s'il échoue, il y a des risques d'impasse thérapeutique, ou encore que le patient abandonne les séances. La mutualité affective et la coopération permettraient donc de préserver un certain degré d'entente et de qualité relationnelle, nécessaires au processus thérapeutique. Dans la ligne tracée par Rogers (1957), de nombreux chercheurs soulignent que la qualité de la relation et la coopération favorisent également la motivation du patient à poursuivre le traitement et à y rester engagé (Baldwin, Wampold & Imel, 2007 ; Bordin, 1979 ; Hatcher, 2010).

Malgré une définition précise de l'alliance, il faut considérer que cette notion prend des colorations diverses en fonction des orientations thérapeutiques (Wampold, 2007). Le caractère plus ou moins fantasmé de l'alliance est l'une des différences principales entre approches thérapeutiques. Chez Freud, la notion de transfert met en exergue le caractère fantasmé du rapport de l'analysant avec l'analyste. Laplanche et Pontalis (1973) soulignent d'ailleurs que dans le transfert, les désirs inconscients du patient s'actualisent dans le cadre de la relation analytique et qu'il s'agit d'une répétition des prototypes des relations infantiles, vécue avec un sentiment d'actualité marqué. La cure analytique a notamment pour but de mettre au jour ce rapport fantasmé, pour permettre au patient d'appréhender son rapport à lui-même et au monde. Avec la naissance de la psychanalyse américaine – marquée par la psychologie du Moi - un pas de côté sera fait par rapport à la notion freudienne de transfert. En effet, dans les années 1930, une nouvelle expression apparaît dans le monde anglo-saxon, celle « d'alliance thérapeutique » (Sterba, 1934). À l'époque, elle prend à la fois en compte la relation transférentielle et la relation réelle entre patient et thérapeute. Avec le temps, certains n'y verront cependant plus que la relation réelle (Hughes & Kerr, 2000).

En 1967, Greenson soulève un probable chevauchement conceptuel entre les notions d'alliance et de transfert/contre-transfert. Cependant, il pourrait aussi s'agir d'un lien entre les deux construits. En effet, dans une étude récente de Machado, Teche et al. (2015), où les deux notions sont clairement distinguées, un lien apparaît entre alliance thérapeutique et contre-transfert. Effectuée sur 30 patients, cette étude a évalué l'alliance et le contre-transfert en phase précoce de psychothérapies psychodynamiques, entre les quatrième et dixième séances de consultation. Pour évaluer le contre-transfert, les chercheurs ont utilisé *l'Assessment of Countertransference Scale* (ACTS). Pour mesurer l'alliance, ils ont administré le *California Psychotherapy Alliance Scale* (CALPAS) aux patients. L'étude a indiqué une corrélation inversée modérée entre le contre-transfert dit « distant » et le score global de la CALPAS ( $\rho = -0,38, p < 0.05$ ). Elle a également révélé une corrélation inversée modérée entre ce type de contre-transfert et la dimension *Patient Working Capacity* (PWC)<sup>7</sup> de la CALPAS, qui se rapporte à l'alliance de travail ( $\rho = -0,38, p < 0.05$ ). Ces résultats indiquent que la distance du thérapeute pourrait être liée à de faibles scores d'alliance globale et à de faibles scores à la sous-échelle d'alliance de travail. Les chercheurs pensent donc que la posture distante du thérapeute – une forme de contre-transfert négatif – risque de détériorer l'alliance, plus particulièrement l'alliance de travail. L'étude met également en lumière un lien probable entre les notions de contre-transfert et d'alliance.

Historiquement, les approches psychodynamiques anglo-saxonnes ont travaillé en tenant compte d'une complémentarité entre les notions d'alliance et de transfert/contre-transfert. Les psycho-dynamiciens nord-américains ont notamment élargi les notions de transfert/contre-transfert, en donnant une place aussi importante à la dimension consciente de l'expérience du patient, qu'à celle de l'inconscient. Cette manière d'envisager ces notions les rapproche de celle d'alliance (Bessette, 2012). La reconnaissance de la relation réelle en psychothérapie traduit cependant un tournant épistémologique. En effet, la neutralité thérapeutique et le savoir révélé par le transfert ne se trouvent plus au centre de la cure (Assoun, 2013). La psychothérapie psychodynamique anglo-saxonne prend aussi du recul par rapport au pouvoir des forces sexuelles inconscientes sur le psychisme et sur les interactions humaines (Messer & Wolitzky, In Muran & Barber, 2010). Elle critique la psychanalyse freudienne, soulignant qu'il peut contribuer à isoler le sujet du monde extérieur, en surestimant l'intrapsychique au détriment de l'interpersonnel (Stolorow & Atwood, 1992).

---

<sup>7</sup> Capacité de travail du patient en thérapie.

Si elle prend tout de même souvent en compte les effets du transfert, la psychodynamique américaine considère les désaccords du patient comme potentiellement réels et non seulement comme des productions du fantasme ou comme des résistances (Brenner, 1979 ; Gelso & Hayes, 1998). Petit à petit, l'importance du lien fantasmé entre patient et psychothérapeute s'efface au profit d'une conception de la relation centrée sur le lien réel et sur la coopération entre les acteurs de la relation thérapeutique (Hatcher, 2010). L'alliance est alors considérée comme constituée des perceptions de la relation thérapeutique qui ne sont pas fantasmées, de l'affection authentique, de la confiance et du respect qui existe entre patient et thérapeute (Safran & Muran, 2000 ; Sterba, 1934). Cette conception sous-tend une position épistémologique dans laquelle l'alliance met l'accent sur les fonctions psychiques rationnelles et auto-observatrices du patient, avec lesquelles l'analyste peut même s'allier contre les forces irrationnelles du transfert et des défenses (Greenson, 1967). Plusieurs chercheurs ont donc complètement substitué la notion d'alliance thérapeutique à celles de transfert/contre-transfert, situant la relation thérapeutique dans le champ du réel plutôt que dans celui du fantasme. Dans cette perspective, l'alliance peut sembler plus observable et objectivable (Bioy & Bachelart, 2010). Le choix de l'alliance plutôt que du transfert/contre-transfert pourrait également relever de la construction personnelle du chercheur ou du thérapeute (Sterba, 1934). Pour Lecomte et Richard (1999), l'interprétation qui est faite de l'expérience du patient et l'utilisation des conceptions théoriques qui en découlent seraient implicitement liées à l'expérience personnelle, familiale et culturelle du thérapeute.

Dans la présente étude, l'accent est mis sur l'alliance, ce qui ne vise pas pour autant à minimiser l'importance des notions de transfert et de contre-transfert dans la pratique thérapeutique. Cependant, la formation destinée aux jeunes thérapeutes de cette étude s'inscrit dans une temporalité courte, dans laquelle la notion d'alliance paraît plus accessible que celles de transfert/contre-transfert pour des thérapeutes en début de carrière. Il ne s'agit pas de réduire la profondeur du lien thérapeutique, puisque les dimensions à la fois explicites et implicites de l'alliance seront explorées dans la communication entre patient et thérapeute. Les mécanismes qui sous-tendent la compréhension du maintien et du développement de l'alliance restent subtils à appréhender, dans la mesure où plusieurs niveaux d'expérience sont à prendre en compte : subjectif, intersubjectif et interactif (Lecomte & Richard, 1999). L'étude de l'alliance suppose d'essayer de comprendre l'intrication complexe qui existe entre ces niveaux. Elle implique aussi de s'intéresser au point de vue du patient, à celui du thérapeute, à leur coopération mutuelle, ainsi qu'aux interactions explicites et implicites dans

l'entretien thérapeutique. Sur ce dernier point, étudier l'alliance suppose notamment de se pencher sur les verbalisations, ainsi que sur les échanges infra-verbaux (Labov & Fanshel, 1977). Concernant les échanges verbaux initiés par le thérapeute, il est possible de considérer que dire - ou ne pas dire - constituent des actes relationnels, dans la mesure où ils équivalraient à une forme d'action – ou d'absence d'action - par rapport au patient (Goffman, 1967 ; Labov & Fanshel, 1977 ; Safran & Muran, 2000). Plus ou moins explicites, les actes relationnels peuvent aussi constituer des obstacles au lien et à la coopération, lorsqu'ils sont perçus et ressentis négativement par le patient.

Pour le thérapeute, il est parfois difficile de se rendre compte de ce vécu négatif du patient dans l'interaction thérapeutique. En effet, il est sollicité simultanément par différents niveaux d'expérience : son vécu subjectif en tant que participant engagé dans la relation avec le patient, ainsi que sa perception d'observateur de la dynamique relationnelle qui se déploie dans l'interaction. De nombreux chercheurs estiment que le thérapeute devrait chercher à adopter une position méta-affective et méta-cognitive, qui lui permette d'identifier les tensions qui surviennent dans le lien et d'intervenir pour préserver la coopération (Lecomte & Richard, 1999, Safran & Muran, 2000). L'intervention ne viserait alors pas à niveler les conflits et les désaccords. Il s'agirait plutôt à les mettre au jour et de chercher des compromis ensemble, afin de trouver un équilibre entre les besoins du patient et la nécessité de faire évoluer les difficultés de ce dernier. Il serait parfois indispensable que les interventions du thérapeute puissent constituer un défi pour le patient, afin de le faire réfléchir et évoluer par rapport à ses problèmes (Desjardins, 2016). L'alliance est donc loin d'être un idéal d'entente entre patient et thérapeute. Elle serait plutôt une co-construction imparfaite et humaine, s'inscrivant dans une « psychologie à deux personnes ». En effet, le patient n'évolue pas de manière isolée dans son monde intrapsychique. Lui et le thérapeute s'influencent mutuellement et évoluent de manière interdépendante, dans la mesure où chacun a besoin de l'autre pour réaliser ses souhaits en thérapie (Beebe & Lachmann, 1998 ; Lecomte & Richard, 1999 ; Safran & Muran, 2000). L'alliance est donc une notion dynamique, qui s'inscrit dans le système thérapeutique singulier, constitué par le patient et par le thérapeute. Elle ne saurait être une conception figée (Crits-Christoph, 2006 ; Safran & Muran, 2016).

L'étude de l'alliance gagnerait donc à reconnaître son caractère dynamique, les différents niveaux d'expériences subjectives et intersubjectives impliqués, de même que le caractère souvent subtil des interactions thérapeutiques. Pour le chercheur, l'ouverture à différentes

méthodes de recherche est à envisager, dans la mesure où elle permet d'enrichir la compréhension de phénomènes complexes comme l'alliance (Lecomte & Richard, 1999 ; Thurin, 2009). La perception que chaque acteur de l'interaction thérapeutique entretient au sujet de cette dernière, de même que la cohérence ou l'écart entre leurs points de vue peut également permettre de comprendre la relation. La présente étude cherche aussi à rendre compte des dimensions méta-affective et méta-cognitive de l'expérience du thérapeute. On s'intéresse notamment aux processus d'analyse de la relation présents chez les thérapeutes pendant la séance.

#### **1. 4. Une alliance à la fois stable et fluctuante**

Précédemment, l'intérêt du travail fait par le thérapeute et par le patient pour maintenir leur relation affective et pour développer leur coopération a été explicité. Les études révèlent notamment l'importance de l'attention portée par le thérapeute aux variations de l'alliance, car bien que relativement stable, cette dernière est également fluctuante.

Concernant le caractère stable de l'alliance, Luborsky (1976) a souligné deux phases de l'alliance : l'alliance de type 1, dite « précoce » et l'alliance de type 2, plus tardive dans le processus thérapeutique. L'alliance de type 1 est caractéristique des premières séances, où le thérapeute cherche à créer le lien avec le patient. Elle correspond environ aux trois premiers entretiens. Horvath et Luborsky (1993) considèrent qu'elle aurait un pouvoir prédictif quant à la réussite de la thérapie, ce que d'autres chercheurs ont également souligné (Binder & Strupp, 1997a ; Henry & Strupp, 1994). L'alliance de type 2 résulte de l'avancement du travail commun (Luborsky, 1976). Dans cette phase, le thérapeute commence à questionner les croyances et les fonctionnements du patient. Pour Horvath et Luborsky (1993), il existe une continuité et une certaine constance entre ces deux temporalités de l'alliance.

D'autres chercheurs ont souligné que la perception que le patient a de l'alliance serait relativement constante dans le temps (Hilsenroth, Peters, & Ackerman, 2004 ; Horvath, 2000 ; Martin & al., 2000). Dans une méta-analyse réalisée par Martin, Garske et Davis (2000), au fil des entretiens, les scores d'alliance des patients étaient plus stables que ceux des thérapeutes, ou que ceux des observateurs de l'interaction thérapeutique. La perception que le patient entretient de l'alliance en début de thérapie prédit également la force de cette dernière à la fin du processus thérapeutique (Horvath, 2000 ; Horvath & Bedi, 2002 ; Horvath & Symonds, 1991). Dès le début de la thérapie, il y aurait donc une grande importance à tenter de

construire l'alliance, car la perception que le patient entretient de cette dernière changera probablement peu au fil du temps (Martin & al., 2000).

Malgré son caractère stable, l'alliance est également soumise à des cycles ascendants et descendants (De Roten, 2001 ; Safran & Muran, 2000). Ces changements seraient notamment liés au sentiment du patient concernant le lien thérapeutique, ou au travail entrepris pour l'aider à surmonter ses difficultés. Les mouvements de la subjectivité du psychothérapeute influencent aussi l'alliance par le biais de la communication verbale et non-verbale. Ainsi, il existe un rapport de pouvoir tacite entre patient et thérapeute, lié à la nécessité de négocier les besoins de chacun dans la rencontre thérapeutique. Par exemple, du point de vue du patient, l'expertise entourant la gestion des émotions - de laquelle le thérapeute semble être investi - peut être vécue comme une disqualification sa propre compétence sur son monde intérieur, ce qui peut susciter chez lui crispations et résistances (Labov & Fanshel, 1977). En psychothérapie, les tensions, voire les impasses relationnelles sont inévitables, bien qu'elles soient souvent masquées ou tacites (Lecomte, Savard, Drouin & Peillon, 2004 ; Safran & Muran, 2016). En cours de travail thérapeutique, une négociation plus ou moins explicite de différents accords a lieu entre patient et thérapeute (Lecomte & al., 2004 ; Safran & Muran, 1995, 2000). Les acteurs de la relation thérapeutique peuvent alors être amenés à rendre les enjeux relationnels implicites, explicites, de manière à pouvoir réinvestir le travail thérapeutique (Labov & Fanshel, 1977). Si le thérapeute semble imputable du travail entrepris pour maintenir l'alliance, le caractère mouvant de cette dernière ne peut pourtant toujours en garantir la continuité (Bioy & al., 2012). Le caractère fluctuant de l'alliance incite alors à penser le protocole de recherche de la présente étude en considérant plusieurs temps de mesure.

Il faut noter que les patients n'évaluent pas nécessairement la séance de la même manière que les thérapeutes. Le point de vue des premiers prime sur celui des seconds (Horvath & Symonds, 1991 ; Stiles, 2002). En effet, la perception que le patient entretient de l'alliance serait un meilleur facteur prédictif de son évolution thérapeutique que celle du thérapeute, ce qui devrait inciter les praticiens à ne pas se fier uniquement à leur propre perception de l'alliance (Duncan & Moynihan, 1994 ; Horvath & Symonds, 1991 ; Luborsky, 1993). Toutefois, un certain écart entre les perceptions du patient et du thérapeute serait tolérable pour l'alliance (Horvath & Symonds, 1991 ; Stiles, 2002). Néanmoins, si patient et thérapeute identifiaient tous deux un mouvement négatif de l'alliance - c'est-à-dire une détérioration de

l'entente autour du lien ou de la coopération dans le travail thérapeutique - il importerait alors de le travailler (Safran & Muran, 2016). Dans les cas où le mouvement de l'alliance est subtil, le psychothérapeute peut simplement rester attentif à ses propres émotions, ce qui est susceptible de lui donner des pistes pour identifier les tensions dans l'interaction thérapeutique (Safran, Muran, Stevens & Rothman, 2007). D'autre part, en portant attention à son propre vécu pendant la séance, le thérapeute peut s'extirper d'éventuels cycles de communication négatifs, tels qu'une escalade de propos négatifs entre lui et le patient (Safran, Muran, Demaria, & al., 2014). Enfin, les mouvements négatifs de l'alliance gagnent à être travaillés, dans la mesure où ils peuvent représenter des occasions d'évolution thérapeutique pour le patient. En effet, leur exploration peut favoriser la conscience et la compréhension de soi (Safran & Muran, 2000 ; Lecomte & al., 2004 ; Norcross, 2011). La prochaine section souligne l'importance de l'alliance pour l'évolution thérapeutique du patient. Cette notion d'évolution ne fait toutefois pas l'objet d'un consensus.

## **2. UNE CERTAINE IDÉE DE L'ÉVOLUTION THÉRAPEUTIQUE DU PATIENT**

La notion d'évolution du patient est intimement liée à celle d'efficacité thérapeutique, dans la mesure où la première est souvent considérée comme la manifestation de la seconde. Cependant, l'efficacité des psychothérapies est controversée, surtout en France, où les psychanalystes se sont insurgés contre la démarche d'évaluation des thérapies (Michelli-Rechtman, 2007). Mais qu'entend-on par « efficacité thérapeutique » ?

### **2.1. Définition de l'efficacité thérapeutique**

La notion d'efficacité thérapeutique fait référence au fait que la thérapie puisse produire des effets sur le patient. L'évolution thérapeutique de ce dernier est souvent considérée comme une manifestation de l'efficacité de la thérapie, au sens où le patient présente une amélioration de son état, voire est considéré comme guéri. En fonction des approches thérapeutiques utilisées, la notion d'efficacité est jugée à l'aune de critères particuliers : réduction des symptômes (TCC), renforcement de la structure psychologique et assouplissement des défenses (psychanalyse), amélioration du rapport à soi et à autrui (humanisme), etc.

Les notions d'efficacité et d'efficience thérapeutiques sont souvent confondues. La première s'intéresse à l'évolution du patient, alors que la seconde met l'accent sur le rapport entre les coûts et les bénéfices de la psychothérapie. Par exemple, elle évalue les avancées thérapeutiques en fonction des coûts financiers pour le système de santé publique (Wampold

& Imel, 2015 ; Zimmermann, De Roten & Despland, 2008). Les notions d'efficacité et d'efficience peuvent être instrumentalisées à des fins idéologiques ou politiques. La présente étude s'intéresse à la possibilité de développer les capacités des thérapeutes à installer le dispositif de soins dans un contexte intersubjectif fondé sur l'alliance. L'efficacité thérapeutique n'est donc pas directement son objet d'étude. Toutefois, travailler à aider les thérapeutes à maintenir et à améliorer l'alliance a bien pour objectif de favoriser l'évolution du patient. Cette dernière reste néanmoins sujette à débats.

## **2.2. L'efficacité thérapeutique : un non-sens épistémologique ?**

Si les chercheurs anglo-saxons de toutes orientations thérapeutiques se sont intéressés à l'efficacité thérapeutique - voire à comparer l'efficacité des approches entre elles - la situation est quelque peu différente en France, où l'intérêt même à faire de la recherche sur l'efficacité thérapeutique a été plusieurs fois remis en question (Thurin & Thurin, 2007).

En 2004, la publication du rapport *Psychothérapie – trois approches évaluées*<sup>8</sup> a donné lieu à de virulentes querelles entre écoles. Pour de nombreux psychanalystes, la notion d'efficacité constituerait un non-sens épistémologique. Mesurer la souffrance psychique leur semble être absurde, car il y aurait alors une négation de la subjectivité, au profit de l'objectivation. Dans la même logique, chercher à quantifier l'importance de la relation thérapeutique serait vain, voire délétère pour le lien, car ce dernier ne serait ni chiffrable, ni marchand, mais bien plutôt particulier et structurant. Dans cette perspective, Michelli-Rechtman (2007) pense que l'efficacité thérapeutique est un rejeton d'évolutions politico-sociales, plus particulièrement celui du libéralisme économique.

Les réticences vis-à-vis de l'efficacité thérapeutique peuvent également s'expliquer par les présupposés théoriques qui sous-tendent chaque approche thérapeutique. S'il semble aisé d'opérationnaliser des critères d'efficacité des thérapies en TCC, notamment en fonction de la réduction des symptômes, il n'en est pas forcément de même en psychanalyse ou dans l'approche humaniste. Les objectifs qui consistent à renforcer la structure psychique du patient (psychanalyse) ou à l'amener à prendre conscience de son expérience subjective et à la verbaliser (humanisme) ne permettent pas de définir aisément des critères d'efficacité observables et mesurables. Enfin, l'idée d'efficacité thérapeutique relèverait d'un modèle

---

<sup>8</sup> Expertise collective réalisée par l'Inserm, à la demande de la Direction générale de la santé et de deux associations de patients, qui dresse un état des lieux de la littérature internationale sur l'évaluation de l'efficacité de trois approches thérapeutiques (psychodynamique-psychanalytique, TCC, familiale-couple).



scientifique de la psychologie (Delisle, 2018). Si la méthode scientifique accroît la crédibilité de la psychothérapie, Delisle (2018) considère qu'elle présente toutefois le risque de contribuer à l'édification d'un mythe : celui d'un « *psychothérapeute scientifique dispensant un traitement neutralisé à un patient réceptif* », ce qui, pour lui, risquerait de faire oublier l'essence même de l'acte psychothérapeutique : « *la rencontre intersubjective, l'intimité, la prise de risques* ».

### **3. PRINCIPALES CONNAISSANCES ISSUES DE LA RECHERCHE EN PSYCHOTHÉRAPIE**

La controverse autour de l'efficacité ayant été explicitée, il est maintenant essentiel de faire état des principales connaissances scientifiques en psychothérapie.

#### **3.1. Toutes les thérapies psychologiques seraient efficaces**

L'enjeu de l'efficacité thérapeutique est épineux, notamment en raison d'une question qu'il soulève : quelles thérapies sont les plus efficaces ?

En 1936, Saul Rosenzweig a eu l'intuition que toutes les formes de thérapies psychologiques pouvaient avoir un effet pour aider le patient. De manière allégorique, il a comparé un jeu entre les animaux, dans le livre *Alice aux Pays des Merveilles*, à la question de l'efficacité des différentes approches thérapeutiques. En effet, à la fin de ce jeu, l'oiseau Dodo déclare que tous ceux qui ont joué ont gagné. Pour Rosenzweig, la situation est la même concernant les différentes formes de thérapies : elles gagneraient toutes, car elles auraient toutes un effet pour aider le patient. Rosenzweig donne à ce phénomène le nom de *Dodo Bird Verdict* - également appelé *Dodo Bird Effect* (Blanchet, 2016). Pour Luborsky, Rosenthal et al. (2002), l'effet Dodo serait toujours d'actualité en thérapie.

Néanmoins, la multiplication des modèles thérapeutiques a conduit plusieurs chercheurs à s'interroger sur leur efficacité. Ce fut le cas d'Hans Eysenck, comportementaliste qui, en 1952, lança une polémique à ce sujet. Après avoir examiné 19 études portant sur la psychothérapie, il a conclu qu'elle ne guérissait pas les patients névrotiques et ne facilitait pas l'amélioration de leur état psychologique. Dans un article intitulé "*The Effects of Psychotherapy*", Eysenck a affirmé qu'aucune preuve scientifique ne soutenait la pratique des psychothérapies. Il a également assuré que la psychanalyse et la psychothérapie étaient inefficaces. En réaction à cet article, de nombreuses études ont tenté de montrer l'efficacité des psychothérapies.

En 1977, Smith et Glass s'intéressèrent également à l'efficacité thérapeutique. Ils sélectionnèrent 375 études portant sur l'efficacité thérapeutique, incluant des groupes expérimentaux et contrôles, pour un total de 25000 patients. Les psychothérapies évaluées étaient mises en œuvre par des thérapeutes formés, avec une visée thérapeutique et un rationnel théorique sous-jacent, et elles impliquaient des actions visant des changements dans la vie du patient. Les patients étaient en moyenne âgés de 22 ans ( $M = 22$ ), avaient reçu 17 heures de thérapie ( $M = 17$ ), avec des thérapeutes ayant trois ans et demi d'expérience ( $M = 3,5$ ). De ces 375 études, 833 tailles d'effet ont été extraites pour différents types de thérapies : psychanalytiques, humanistes, cognitives, comportementales. Les tailles d'effet entre groupe de patients traités et groupe contrôles se situaient entre modérées et très grandes avec, pour toutes les approches thérapeutiques, une taille globale d'effet de 0,68. Ces résultats semblaient indiquer un effet bénéfique de toutes les thérapies, tel que l'avait pressenti Rosenzweig. Néanmoins, cette méta-analyse a été critiquée, notamment parce qu'elle n'incluait que 46% d'études comportant des échantillons de patients souffrant de troubles cliniques. Une autre critique remettait en question les analyses statistiques choisies, considérées comme susceptibles d'invalider les résultats (Wampold & Imel, 2015). Cependant, l'étude statistique approfondie des échantillons cliniquement représentatifs de Smith et Glass aurait donné, à plusieurs reprises, des résultats équivalents à ceux obtenus en 1977 - remettant ainsi en cause la critique méthodologique (Wampold & Imel, 2015). D'autre part, en choisissant au hasard des échantillons parmi les études utilisées par Smith, Glass et al. (1982) ont obtenus des effets encore plus grands que ceux de la méta-analyse, ce qui remet en cause la critique statistique. Pour Wampold et Imel (2015), il est donc hasardeux de sous-estimer les résultats de l'étude de Smith et Glass (1977), d'autant plus qu'une suite lui a été donnée par Smith, Glass et Miller (1980). En effet, 475 études ont alors été étudiées, produisant 1766 tailles d'effet, avec une taille d'effet moyenne de 0,85, ce qui signifie qu'environ 80% des patients ayant participé à une psychothérapie se sentaient mieux que ceux n'y ayant pas participé (Wampold & Imel, 2015).

Les travaux de Smith et Glass ont été suivis d'autres études et méta-analyses ayant souligné l'efficacité des psychothérapies (Lambert & Bergin, 1994 ; Martin, Garske & Davis, 2000 ; Stiles, Shapiro & Elliott, 1986 ; Wampold, Mondin & al., 1997). Pour Norcross (2011), qui a examiné les études et les méta-analyses des soixante dernières années, la psychothérapie fonctionne. Plusieurs chercheurs estiment que les études sur l'efficacité thérapeutique

montrent globalement un taux d'efficacité dans 70% à 80% des cas, avec 20% des patients sans changement thérapeutique et 10% présentant une détérioration des symptômes (Bioy & Bachelart, 2010 ; Lambert, 2013 ; Smith, Glass & Miller 1980).

Néanmoins, aujourd'hui encore, le débat entourant l'efficacité des thérapies demeure. Comme il semble le montrer, dans le cadre de la recherche scientifique, la dimension idéologique inhérente aux modèles thérapeutiques reste sujette à caution (Blanchet, 2016 ; Lecomte & Richard, 1999).

### **3.2. Aucune thérapie ne serait plus efficace que les autres**

De nombreuses études ont validé l'efficacité de méthodes thérapeutiques spécifiques pour des problématiques particulières, comme par exemple l'intérêt de la désensibilisation systématique pour le traitement des phobies. Pourtant, pour plusieurs chercheurs reconnus, les différentes thérapies psychologiques seraient relativement équivalentes du point de vue de leur efficacité, ce qui reste néanmoins sujet à controverse (Norcross, 2011 ; Wampold, 2001).

Dans les années 1990, plusieurs études ont estimé le rôle des méthodes et techniques thérapeutiques à environ 15% de la variance du changement thérapeutique (Asay & Lambert, 1999 ; Duncan & Moynihan, 1994). Pourtant, en 1997, une méta-analyse de Wampold - comparant 277 études - indiquait que les composants spécifiques aux thérapies – théories et techniques - ne seraient, pour ainsi dire, pas responsables de l'évolution thérapeutique. La taille des effets de comparaison ne différait pas significativement de 0. Les tailles d'effets homogènes suggéraient l'absence de variable significative ayant pu modérer la taille de l'effet. Wampold concluait que sa méta-analyse jetait un doute quant à la spécificité théorique et technique des psychothérapies. Il soulignait que les avantages des traitements psychologiques étaient probablement plutôt liés aux facteurs communs aux thérapies, tels que la croyance partagée par le patient et par le thérapeute dans le rationnel et dans l'efficacité du traitement, l'alliance thérapeutique, le développement d'un sentiment accru d'efficacité à résoudre ses problèmes chez le patient, etc. Plus récemment, une autre méta-analyse, de Benish, Imel et Wampold (2007) soulignait l'efficacité équivalente de plusieurs méthodes - EMDR, thérapie cognitive, hypnothérapie, thérapie psychodynamique - dans le traitement du trouble de stress post-traumatique.

En 2001, dans son livre, *The Great Psychotherapy debate*, Wampold (2001) conclut que les facteurs techniques spécifiques aux approches thérapeutiques compteraient pour environ 8%

seulement de la variance du changement. Norcross et Lambert (2005) pensent également que seulement 5 à 8% de la variance du changement thérapeutique s'explique par l'utilisation des techniques, ce qui suggère peu – voire pas – de différence d'efficacité entre approches thérapeutiques. Enfin, pour Lambert et Barley (2001), les facteurs relationnels seraient plus souvent corrélés aux résultats obtenus par les patients en thérapie que les traitements spécialisés. Ces chercheurs pensent que, quel que soit l'approche, des facteurs communs aux psychothérapies contribuent à l'évolution du patient.

Les divergences de points de vue quant à l'importance des facteurs impliqués dans le changement thérapeutique, de même que la diversité des variances obtenues pour ces facteurs posent questions. D'abord, même si en recherche, on considère aujourd'hui souvent l'efficacité comme la comparaison des conditions expérimentales « thérapie » vs « absence de thérapie », dans le cadre d'un essai clinique contrôlé, la notion d'efficacité reste sujette à controverse (Westen, Novothy & Thompson-Brenner, 2005, In Wampold & Imel, 2015). En effet, les différentes approches thérapeutiques utilisées influencent la conduite des études, dans la mesure où chacune d'entre elles est porteuse d'une idée particulière de l'évolution thérapeutique du patient. De plus, les méthodes de recherche et les techniques d'analyse de données sont plurielles. Par exemple, certains essais portant sur l'efficacité ont été randomisés et d'autres pas. De même, les conclusions des méta-analyses sont jugées sérieuses par certains et trop généralisatrices par d'autres. Enfin, le fait de regrouper des patients souffrant de problématiques différentes pour évaluer l'efficacité des thérapies est controversé<sup>9</sup>. Néanmoins, les chercheurs qui s'identifient au paradigme de recherche portant sur les facteurs communs aux psychothérapies ont tendance à considérer que toutes les thérapies sont efficaces et qu'une part significative du changement thérapeutique est liée à la relation thérapeutique.

---

<sup>9</sup> cf. Le rapport de l'Inserm : Psychothérapie – Trois approches évaluées.

## 4. LA RECHERCHE SUR LES FACTEURS COMMUNS

Les études sur l'alliance et sur les interactions thérapeutiques sont conduites dans le paradigme de recherche des facteurs communs aux psychothérapies (Lambert, 1992). Mais de quoi s'agit-il ?

### 4.1. Qu'entend-on par "facteurs communs" aux psychothérapies ?

Les facteurs communs englobent les différentes dimensions de la relation thérapeutique de même que l'effet placebo.

En général, l'effet placebo est obtenu par l'administration de médicaments n'ayant pas d'effet spécifique sur la maladie à traiter - des substances inactives - mais ayant néanmoins des effets biologiques, comportementaux ou psychiques. En psychothérapie, l'effet placebo a été lié aux attentes du patient, à la crédibilité qu'il accorde aux techniques et aux méthodes utilisées par le thérapeute, ainsi qu'à sa capacité propre à s'engager dans le processus (Guillon, 2013). Cependant, la notion de placebo est controversée. Par exemple, lorsque des patients sont soumis à une condition expérimentale dans laquelle ils bénéficient d'un dispositif d'écoute, alors que d'autres suivent un traitement spécifique, il semble discutable d'affirmer que l'écoute puisse être une substance inactive – un placebo.

Concernant les facteurs de la relation, il faut souligner leur multiplicité. Parmi eux, on retrouve les suivants : la qualité de l'alliance, l'empathie, la coopération entre patient et thérapeute, le consensus autour des objectifs thérapeutiques, le regard positif et l'authenticité du thérapeute, l'ajustement de l'intervention aux comportements et aux forces du patient, la capacité du thérapeute à recevoir et à donner du feedback, la réparation des failles relationnelles et des ruptures de l'alliance, le dévoilement de soi du thérapeute<sup>10</sup>, la gestion du contre-transfert, la qualité des interprétations relationnelles du thérapeute, etc. (Norcross, 2010, 2011 ; Norcross & Wampold, 2011). Plusieurs chercheurs estiment que l'alliance thérapeutique est le facteur commun le plus souvent cité et étudié dans les recherches en psychothérapie (Castonguay, Constantino & Holtforth, 2006 ; Wampold, 2001).

En 1936, Rosenzweig propose une première conceptualisation des facteurs communs. Parmi ces derniers, il inclut : un thérapeute expérimenté, l'expression d'émotions, l'utilisation d'une

---

<sup>10</sup> Il s'agit d'une posture d'authenticité expérientielle du thérapeute dans la relation avec le patient, et non d'un dévoilement de contenus personnels au professionnel.

théorie de référence, ainsi que la reformulation d'événements psychologiques en fonction de cette théorie (Desjardins, 2016). Plus tard, en 1957, Rogers ajoute aux facteurs communs, ce qu'il perçoit comme étant des conditions nécessaires et suffisantes au changement thérapeutique : la relation, l'absence de congruence chez le patient, la congruence du thérapeute et son authenticité, l'acceptation inconditionnelle du patient par le thérapeute, l'empathie du thérapeute, la possibilité pour le client de percevoir l'empathie et la considération de ce dernier. Aujourd'hui encore, ces variables sont considérées comme importantes dans les travaux sur les facteurs communs, notamment l'authenticité du thérapeute, la considération positive inconditionnelle du thérapeute envers le patient, ainsi que l'empathie (Desjardins, 2016). En 1973, Frank ajoute également aux facteurs communs : une relation d'aide affective contenant, la mise en place d'un contexte favorisant l'idée de guérison, un rationnel permettant de symboliser la souffrance, ainsi qu'un traitement (Desjardins, 2016).

De nombreux chercheurs ont souligné le rôle des facteurs communs dans le processus de changement thérapeutique (Lambert, 1992 ; Luborsky, Singer & Luborsky, 1975 ; Norcross, 2011). Ces différents travaux mettent en lumière l'importance des facteurs communs en psychothérapie. Mais qu'en est-il de leur efficacité ?

#### **4.2. Efficacité des facteurs communs**

Pour Wampold (2001), les facteurs communs en psychothérapie compteraient pour 92% de la variance du changement thérapeutique. Considérées comme des facteurs communs, les interactions thérapeutiques pourraient également rendre compte d'une variabilité allant jusqu'à 5% de la variance du changement en thérapie, ce qui aurait été observé dans plusieurs études et méta-analyses (Lambert, 1992 ; Norcross et Lambert, 2005). Wampold (2015) pense que les facteurs communs sont plus que des ingrédients thérapeutiques communs à la plupart des psychothérapies. Selon lui, ils pourraient même former un modèle théorique à part entière, susceptible d'expliquer les mécanismes de changement en psychothérapie. Néanmoins, aujourd'hui, l'intérêt pour les facteurs communs aux psychothérapies continue à coexister avec celui des facteurs spécifiques aux traitements.

#### **4.3. Facteurs spécifiques et traitements validés empiriquement**

Les techniques utilisées en thérapie - telles que la désensibilisation systématique, ou encore les associations libres - sont considérées comme des « facteurs spécifiques ». Leur utilisation

s'inscrit le plus souvent dans un ensemble plus cohérent : une approche thérapeutique. Depuis près de trente ans, il existe un véritable intérêt chez les chercheurs en psychothérapie à montrer que certaines approches peuvent prétendre au statut de traitements validés empiriquement<sup>11</sup> – un engouement d'abord apparu en médecine dans les années 1990. Il s'agit notamment de démontrer l'efficacité des techniques et de procédures de traitement spécifiques aux approches. En 1995, la division 12 de l'*American Psychological Association* - la *Society of Clinical Psychology* - publie un rapport sur les données probantes en psychothérapie, c'est-à-dire sur celles qui sont dites « fondées sur la preuve scientifique » (Provencher & Guay, 2007).

La démarche de validation empirique des traitements pose donc la question de l'efficacité des traitements spécifiques et de leurs indications : Quel traitement ? Pour qui ? Pour quel problème ? Dans quelles conditions ? (Paul, 1967). L'efficacité thérapeutique de traitements spécifiques aurait été montrée à de nombreuses reprises pour des problématiques particulières, comme la dépression, ou encore les phobies (Wampold & Imel, 2015). Toutefois, pour Wampold, Mondin, et al. (1997), aucun modèle ne se serait montré supérieur aux autres. Il faut également ajouter que si les études évaluent des protocoles thérapeutiques stricts, dans la pratique, les thérapeutes mélangeraient souvent les approches, alors même qu'ils croient n'appartenir qu'à une seule d'entre elles. Une étude de Cyr, Bouchard & Lecomte (1990), portant sur ce que les thérapeutes disent faire - notamment en fonction de leur modèle théorique - et sur ce qu'ils font vraiment en thérapie indique une discordance importante entre ce qui est rapporté et ce qui est fait dans la pratique. L'écart entre recherche et pratique ne simplifie donc pas le problème de l'efficacité des approches et des techniques thérapeutiques. Pour Thurin (2004), ce problème est même grave. En effet, la recherche exclusivement fondée sur la preuve scientifique peut être mise en doute, en raison de sa difficulté à montrer la pertinence de ses résultats dans la pratique. Enfin, la variété des définitions pouvant être données au progrès thérapeutique ne permet pas d'harmoniser aisément les résultats des études portant sur l'efficacité des facteurs spécifiques aux psychothérapies.

Compte tenu de ces difficultés méthodologiques et pratiques, plusieurs chercheurs soulignent l'importance d'adopter une définition large et nuancée des traitements validés empiriquement en psychothérapie. Aujourd'hui, l'*American Psychological Association* (APA) n'inclurait donc plus seulement les données issues de la preuve scientifique à cette définition. Elle

---

<sup>11</sup> *Empirically-supported treatments* (EST).

prendrait également en compte l'importance d'ajuster l'intervention à la situation particulière du patient, en considérant son contexte de vie, ses caractéristiques personnelles, sa culture, ainsi que ses préférences et de ses valeurs<sup>12</sup> (APA, 2006). Plusieurs chercheurs soulignent également l'importance de réintégrer l'expertise clinique à la définition des traitements validés empiriquement (Castonguay & Beutler, 2006 ; Levitt, Butler & Hill, 2006). Enfin, si les données issues de la preuve scientifique sont essentielles au développement des connaissances en psychothérapie et permettent de « dégager la pratique clinique d'impressions vagues et non fondées », la recherche n'en demeure pas moins une activité humaine exercée dans un certain contexte - politique, économique et social (Chung & Hyland, 2012 ; Desjardins, 2007). Malgré des méthodologies de recherche très rigoureuses et des essais randomisés, le chercheur en psychothérapie reste un observateur qui ne peut totalement se défaire de sa subjectivité. Ces limites concernant l'objectivité de la recherche en psychothérapie vont également dans le sens d'une définition large des traitements validés empiriquement (Chung & Hyland, 2012 ; Desjardins, 2007).

Dans la pratique, il ne semble pas pertinent d'opposer facteurs spécifiques et facteurs communs, car ils seraient intimement liés. En effet, Beihl (2011) reconnaît la pertinence et l'intrication des deux, dans la mesure où, sur le terrain, la manière d'utiliser les techniques thérapeutiques est plus importante que les techniques en elles-mêmes. Ce chercheur réintègre donc les notions de savoir-être et de savoir-faire à la dimension technique de l'intervention. À la lumière des études sur les différents facteurs impliqués dans le changement thérapeutique, il semble donc cohérent d'adopter une définition large des traitements validés empiriquement, qui prend en compte les données de recherche, de même que la singularité des personnes et des situations (Goldbloom, 2003). Dans la pratique, savoir analyser cette singularité paraît renvoyer à des dimensions cliniques et relationnelles très importantes.

#### **4.4. Prendre en compte les facteurs communs et les facteurs spécifiques**

Ayant considéré l'importance des facteurs communs et des facteurs spécifiques, l'*American Psychological Association* (APA) a mandaté deux groupes de travail sur l'efficacité thérapeutique. Le premier s'intéresse aux traitements empiriquement validés : il s'agit du groupe de la division 12, la *Society of Clinical Psychology*<sup>13</sup>. Le second – le groupe de la

---

<sup>12</sup> "Evidence-based practice in psychology is the integration of the best available research with clinical expertise in the context of patient characteristics, culture and preferences" (APA, 2006).

<sup>13</sup> Société de psychologie clinique.



division 29 - travaille sur les facteurs communs scientifiquement validés et porte le nom de *Society for the Advancement of Psychotherapy*<sup>14</sup>.

Le groupe issu de la division 29 (psychothérapie) s'intéresse notamment aux facteurs de la relation thérapeutique, tels que le regard positif du thérapeute, son empathie, sa chaleur, sa congruence, ou encore l'alliance thérapeutique. Il se penche également sur les caractéristiques du patient, afin d'aider à construire des relations thérapeutiques « sur mesure », en fonction de facteurs tels que la résistance du patient, son style d'attachement, les étapes du changement thérapeutique, etc. Les chercheurs de ce groupe pensent que les théories et les techniques thérapeutiques peuvent difficilement faire sens sans prendre en compte la qualité de la relation (De Roten, 2006 ; Norcross, 2011).

Les travaux de la division 12 « psychologie clinique » s'intéressent aux facteurs techniques, qui sont en lien avec des troubles psychiques spécifiques. Ce groupe n'écarter pas l'importance des caractéristiques du patient et du thérapeute, ainsi que de leur relation, mais souligne plutôt l'interdépendance des facteurs techniques et des facteurs de la relation. Par rapport aux travaux de la division 29 « psychothérapie », ceux de la division 12 « psychologie clinique » modèrent les effets de l'alliance sur les résultats thérapeutiques, notamment pour des raisons statistiques (Martin, Garske & Davis, 2000 ; Castonguay, Constantino & Holtforth, 2006). Néanmoins, ce groupe reconnaît que les techniques d'intervention ne sont utilisables qu'à la faveur d'un contexte relationnel positif. Quant à la relation entre patient et thérapeute, elle ne leur semble pas pouvoir être envisagée comme thérapeutique sans qu'un cadre théorique et des techniques ne soient utilisés (Castonguay & Beutler, 2006). Si chaque division de l'APA insiste sur certains facteurs, elles reconnaissent toutes deux l'intrication entre facteurs de la relation et facteurs techniques. Les dimensions relationnelles et techniques semblent prises en compte dans la définition de l'alliance proposée par Bordin, qui a été choisie pour ce travail. En effet, elle prend en considération l'alliance affective (lien) et l'alliance de travail (objectifs et tâches).

Bien que les divisions 12 et 29 de l'*American Psychological Association* soient composées de chercheurs reconnus, le caractère politique de l'association exige de prendre du recul par rapport aux conclusions tirées quant à l'efficacité des différents facteurs thérapeutiques. De plus, malgré le fait que de nombreux chercheurs soulignent l'existence d'un lien fort entre

---

<sup>14</sup> Société pour le progrès de la psychothérapie.

l'alliance et la progression thérapeutique du patient, les études doivent être examinées avec précaution en raison des enjeux épistémologiques, conceptuels, méthodologiques, statistiques, idéologiques et politiques sous-jacents (Ackerman, Benjamin & al. ; Hill, 2002 ; Hill & Knox, 2009 ; Norcross, 2011).

## **5. ÉTAT DES CONNAISSANCES SUR L'ALLIANCE THÉRAPEUTIQUE**

Avant de se pencher sur les facteurs qui influencent l'alliance, il importe de situer le cadre théorique du présent travail, qui s'inscrit dans le courant de l'intersubjectivité en psychologie.

### **5.1. Comprendre l'alliance en s'appuyant sur le courant de l'intersubjectivité**

#### **5.1.1. Historique et fondements de l'intersubjectivité**

Issu de la psychanalyse américaine, le courant psychologique de l'intersubjectivité - dont il est question dans cette section - émerge dans les années 1990. Au départ, il s'appuie sur les travaux d'Heinz Kohut, de Robert Stolorow, de George Atwood, de Dona Orange, de Daniel Stern, ou encore de Jessica Benjamin (Plantade-Gipch, 2017).

Le courant de l'intersubjectivité s'inspire de la phénoménologie de Husserl, soulignant l'influence de la relation à l'autre sur le psychisme et récusant l'idée que la conscience de l'Homme puisse être totalement séparée de celle d'autrui. Pour les tenants de l'intersubjectivité, « la personnalité isolée dans l'intrapsychique » relève d'un mythe<sup>15</sup> (Stolorow & Atwood, 1992). Dans cette perspective, psychothérapeute et patient forment plutôt une dyade, dans laquelle existe une influence mutuelle, qui fait en sorte que chacun s'ajuste à l'autre, notamment dans l'alliance thérapeutique (Beebe & Lachmann, 2003 ; De Roten, 2001). Les interactions thérapeutiques sont alors considérées comme co-construites par le système patient-thérapeute, ce qui situe l'intersubjectivité dans une épistémologie constructiviste (Beebe & Lachmann, 2003 ; Mitchell, 1993 ; Stern, 2004). L'intersubjectivité va même plus loin : le fonctionnement du sujet ne peut être compris sans considérer ses relations interpersonnelles (Beebe & Lachmann, 2003 ; Greenberg & Mitchell, 1983).

Le courant de l'intersubjectivité s'inspire également de l'idée qu'en sciences, l'observateur est également l'observé (Fromm, 1964, In Safran & Muran, 2000). Le thérapeute serait donc un observateur participant, dans la mesure où il analyse non seulement l'interaction

---

<sup>15</sup> *The myth of the isolated mind.*

thérapeutique, mais il y contribue également personnellement. L'interaction patient-thérapeute impliquerait donc une participation complète du psychothérapeute en tant que sujet - avec ses biais personnels, idéologiques et théoriques (Benjamin, 2004 ; Mitchell, 2000). Dans le champ intersubjectif de la psychothérapie, personne - ni le patient, ni le psychothérapeute - ne peut alors prétendre détenir « *une vision privilégiée de la réalité* », ce qui positionne l'intersubjectivité à une certaine distance des notions de normal et de pathologique (Lecomte & Richard, 1999). Ce point de vue a notamment fait l'objet de critiques allant dans le sens d'une faiblesse conceptuelle.

L'intersubjectivité souligne l'influence de la subjectivité de chacun des acteurs de la relation thérapeutique, ce qui suppose l'existence de processus de régulation personnelle et interpersonnelle en thérapie (Beebe & Lachman, 1998, 2003 ; Lecomte & Richard, 1999). Le thérapeute est notamment appelé à réguler ses propres émotions dans l'interaction thérapeutique. De plus, la relation thérapeutique nécessite également des accordages, telle que la nécessité de moduler ce qui se passe lorsque la communication devient négative entre patient et thérapeute (Beebe & Lachmann, 2003). Aujourd'hui, les tenants des différentes approches thérapeutiques reconnaissent souvent les apports de l'intersubjectivité, c'est-à-dire l'importance de la mutualité entre patient et thérapeute, de même que celle des facteurs communs, comme la relation thérapeutique.

Au départ, le courant de l'intersubjectivité ne récuse pas les notions psychanalytiques de transfert et de contre-transfert. Petit à petit, plusieurs de ses tenants vont néanmoins remettre en question la position de neutralité de l'analyste, qui ne leur semble pas possible. En effet, dans l'intersubjectivité, la contribution relationnelle du thérapeute au processus thérapeutique est mise au centre de l'intervention et considérée comme aussi importante que celle du patient. Le courant de l'intersubjectivité considère que le thérapeute est engagé à part entière dans la relation, ce qui a suscité des critiques vis-à-vis du mouvement. En effet, cette position a parfois été perçue comme une collusion entre la subjectivité du thérapeute et les difficultés du patient.

Les tenants de l'intersubjectivité perçoivent l'utilisation de l'interprétation comme un point de vue d'expert de la part du thérapeute sur le monde intérieur du patient, ce qui leur paraît nier la subjectivité de ce dernier. Cette technique d'intervention est alors remise en cause. En effet, l'interprétation semble particulièrement susceptible de réifier le patient - voire de le disqualifier. Pour les tenants de l'intersubjectivité, elle peut même nourrir une position

défensive de la part de l'analyste dans l'interaction avec le patient, comme la rationalisation ou l'objectivation du vécu du patient. De plus, l'interprétation du transfert suppose un rapport fantasmé du patient envers le thérapeute. Pour les tenants de l'intersubjectivité, la relation analytique se trouve alors instrumentalisée au profit du processus thérapeutique, alors qu'eux-mêmes défendent plutôt sa centralité dans le changement. Enfin, insister sur l'expérience subjective imaginaire du patient paraît susceptible d'induire des émotions négatives et de l'irrationalité chez ce dernier, comme chez le thérapeute, ce qui peut augmenter le risque de postures défensives chez les acteurs de la relation thérapeutique (Safran & Muran, 2000 ; Wolstein, 1988).

Dans l'intersubjectivité, le processus d'influence mutuelle en thérapie est considéré comme très important. Les tenants de ce courant ont souvent pensé que les notions de transfert et de contre-transfert n'en rendaient pas suffisamment compte. Pour eux, la séparation conceptuelle transfert/contre-transfert peut même risquer de dépersonnaliser le patient, de lui faire porter toute la responsabilité de la résistance, voire de le culpabiliser. Dans leur perspective, la résistance est envisagée comme une protection contre les affects pénibles, non plus seulement comme une difficulté d'implication affective dans le travail thérapeutique (Crits-Christoph & al., 2006 ; Safran, 1993, 2000, 2006). Elle est également perçue comme une manière, pour le patient, de communiquer de l'information au thérapeute, notamment au sujet de la manière dont il vit les interventions et la relation thérapeutique. D'une manière indirecte, la résistance lui permet de réinvestir le champ de sa compétence par rapport à sa vie, en faisant émerger des désaccords avec le thérapeute (Safran & Muran, 2000). En psychothérapie, les tensions dans la relation patient-thérapeute peuvent conduire à la négociation de certains désaccords concernant le travail thérapeutique ou la relation. Également, ces tensions peuvent révéler des fonctionnements interpersonnels pathogènes du patient, qu'il percevait jusque-là confusément, ce qui donnent l'occasion de les travailler. Néanmoins, les chercheurs de ce courant mettent en garde contre une interprétation abusive et linéaire, qui mettrait directement en lien les tensions dans l'interaction thérapeutique avec les fonctionnements interpersonnels du patient (Safran & Muran, 2000).

L'intersubjectivité s'intéresse donc aux processus thérapeutiques, c'est-à-dire aux interactions explicites et implicites qui ont cours en thérapie. Dans cette perspective, les fluctuations de l'alliance constituent des éléments-clés du travail thérapeutique, ce qui est un apport majeur de ce courant. Abandonnant les notions de transfert et de contre-transfert au profit de celle

d'alliance, qui leur semble davantage refléter le caractère intersubjectif de la relation thérapeutique, les tenants de l'intersubjectivité vont s'intéresser à l'interaction, à ses variations, ainsi qu'aux négociations constantes qui y sont liées (Safran & Segal, 1993). Ils vont également encourager les thérapeutes à reconnaître leur contribution à la relation thérapeutique, voire la mise en acte de leurs affects en thérapie (Safran & Muran, 2006). Dans l'intersubjectivité, la relation thérapeutique est nécessairement chargée d'émotions, qui induisent des mouvements d'ouverture affective et de défense chez le patient comme chez le thérapeute (Safran & Muran, 2000, 2016). Certains mécanismes de défense contre les affects, ou encore une communication défensive entre les acteurs de la relation thérapeutique peuvent alors induire des blocages dans l'évolution du patient (Westerman & Muran, 2017). Pour que ce dernier puisse évoluer, il est considéré essentiel que ces difficultés puissent être au moins partiellement surmontées.

L'intersubjectivité place les fluctuations de la relation thérapeutique au centre de l'évolution du patient. Si les difficultés relationnelles entre patient et thérapeute sont surmontées, il devient alors possible pour le premier de vivre une expérience relationnelle différentes de celles qu'il a pu vivre jusqu'à présent - une *expérience affective correctrice* - susceptible de lui ouvrir un autre champ des possibles dans ses relations à lui-même et aux autres (Orange, 1995 ; Goldfried, 2012). Un lien entre l'intersubjectivité et les théories de l'attachement existe. En effet, la notion d'*expérience affective correctrice* est très proche de celle de Winnicott (1965) de *relation suffisamment bonne* entre l'enfant et sa figure maternelle. L'héritage de la thérapie centrée sur la personne est également présent, avec la mise en exergue de l'importance de l'empathie du thérapeute pour le patient, de sa chaleur et de son acceptation inconditionnelle (Rogers, 1957). Certains estiment que l'intersubjectivité reprend l'essentiel des énoncés humanistes en leur donnant des bases théoriques plus solides (Lecomte & Richard, 1999). Ce courant a donc été critiqué pour les mêmes raisons que l'humanisme. Il lui a notamment été reproché d'entretenir une vision naïve, idéalisée de la relation et du changement thérapeutiques.

L'intersubjectivité insiste sur l'idée que l'expérience relationnelle vécue en thérapie peut contribuer à transformer profondément la subjectivité du patient, lui permettre d'élaborer un savoir incarné sur lui-même et au sujet de ses relations avec les autres (Drouin, 2014 ; Lecomte & al., 2004). La relation thérapeutique n'est plus seulement considérée comme un laboratoire relationnel pour le patient, qui lui permet une amélioration de ses rapports à lui-

même et aux autres. Si elle est suffisamment soutenante, chaleureuse, teintée d'acceptation et ajustée à ses besoins, elle peut même avoir un pouvoir de guérison. Ce dernier point ouvre la voie aux travaux plus récents de l'approche relationnelle, héritière de l'intersubjectivité. Les chercheurs de ce mouvement se demandent si la relation thérapeutique est uniquement un ingrédient nécessaire à la progression du patient, ou bien si l'expérience relationnelle pourrait constituer en elle-même un mécanisme essentiel à la transformation du patient (Safran & Muran, 2000). Toutefois, si de nombreux chercheurs en psychothérapie soulignent l'importance de la relation dans la progression du patient, nombre d'entre eux préfèrent la considérer comme un ingrédient important - parmi d'autres - de la thérapie. Pour eux, les conditions d'une relation chaleureuse ne sont pas toujours suffisantes au changement. Hatcher et Barends (1996) considèrent même qu'elle peut parfois être néfaste à l'évolution thérapeutique du patient. Par exemple, une relation trop bienveillante peut être le signe d'une collusion entre les acteurs de la relation - susceptible de conduire à une impasse. Ces chercheurs pensent donc qu'il est difficile d'affirmer que la relation est en elle-même thérapeutique.

Pour résumer, l'intersubjectivité insiste sur l'importance de la relation dans l'évolution du patient en thérapie. De manière concomitante, dans les années 1990, l'une des plus importantes recherches sur le changement thérapeutique - celle de Lambert et Asay (1999) citée précédemment - a suggéré que 30% de la variance du changement serait liée à la relation. L'apport majeur de l'intersubjectivité a été de souligner l'importance de la contribution du thérapeute à la relation et au processus thérapeutiques. Le thérapeute est alors encouragé à identifier sa posture relationnelle, à explorer des compromis avec le patient, ou encore à utiliser ses réactions subjectives pour faire évoluer les interactions difficiles (Safan & Muran, 2000).

### **5.1.2. L'interaction des subjectivités**

Le courant de l'intersubjectivité, a souligné la nécessité d'une régulation interpersonnelle entre patient et thérapeute. Les tenants de ce courant vont aussi s'intéresser à la façon dont, dès les premiers instants de la vie, deux mondes subjectifs s'intriquent et contribuent à développer chez le patient des schémas relationnels, c'est-à-dire des modes de régulation personnels et interpersonnels singuliers (Beebe & Lachmann, 1992, 2003 ; Stern, 2004 ; Stolorow, Brandchaft & Atwood, 1994). Néanmoins, à la différence de la psychanalyse, le courant de l'intersubjectivité ne considère pas les premières relations de l'enfance comme

susceptibles d'expliquer directement les problèmes relationnels du présent. Elles seraient plutôt utiles pour comprendre la souffrance relationnelle du patient, mais sans nécessairement présupposer d'une réactualisation du passé dans le présent. Benjamin (2004) rappelle que le patient n'est pas un enfant dépendant. Néanmoins, les premiers schémas relationnels de sa vie donnent de l'information quant à la manière dont il se relie à son monde intérieur et aux autres. La *matrice relationnelle*<sup>16</sup> du patient serait donc constituée d'un ensemble de représentations des interactions précoces, qui se sont généralisées et qui s'actualisent fréquemment – mais pas toujours - dans l'interaction thérapeutique (Greenberg, 1995 ; Mitchell, 1988). Comme dans la relation parent-enfant, des ajustements relationnels très subtils et constants, verbaux et non verbaux, s'opèrent dans la relation thérapeutique, mais il reste essentiel d'éviter d'infantiliser le patient (Lecomte, 2010).

Pour l'intersubjectivité, le thérapeute est influencé par sa relation avec le patient. Souvent, il s'empêtre même dans la matrice relationnelle de ce dernier. Pour Safran et Muran, (2000), il ne peut – ni ne devrait – chercher à empêcher que les schémas relationnels<sup>17</sup> du patient s'actualisent dans la relation thérapeutique. Sa tâche consiste plutôt à s'assurer de ne pas éviter ses propres affects, ou de tenter de les faire disparaître. L'intersubjectivité encourage donc le thérapeute à s'appuyer sur sa propre expérience, engagée dans la matrice relationnelle, pour comprendre le patient au plus près de sa subjectivité et de son expérience de vie (Mitchell, 1988). La capacité du thérapeute à tolérer et à moduler ses propres affects en lien avec la relation thérapeutique est considérée comme très importante pour aider le patient à réguler ses émotions (Schoe, 2003). Du côté du thérapeute, conscientiser et élaborer sa propre expérience subjective est crucial, particulièrement dans les moments où les enjeux affectifs du patient s'actualisent dans l'interaction thérapeutique. Élaborer son expérience subjective peut permettre au thérapeute de sortir de la mise en acte des schémas relationnels du patient, voire d'utiliser sa subjectivité pour formuler des interventions ayant pour but de relancer l'alliance et le processus thérapeutique (Safran & Muran, 2000).

Lorsque des conflits émergent entre patient et thérapeute, l'opposition du premier est souvent structurante (Blanchet, 2016). Pour Safran et Muran (2000), la capacité du psychothérapeute à travailler avec l'agressivité et avec les déceptions du patient jouerait un rôle fondamental pour l'aider à appréhender ses propres limites de même que celles d'autrui. Les tensions et les désaccords pourraient permettre un travail en profondeur, pour peu que le psychothérapeute

---

<sup>16</sup> ou encore « matrice interactive », « matrice intersubjective ».

<sup>17</sup> En anglais : *enactments*.

les repère, conscientise leurs effets sur sa propre subjectivité et aide le patient à faire sens avec le conflit (Lecomte & al., 2004). Le maintien de l'alliance pourrait dépendre de ce travail autour du sens, dans la mesure où les tensions entre patient et thérapeute semblent souvent révéler des aspirations différentes. En effet, chacun entretient ses attentes et sa vision d'une thérapie réussie (Hatcher, 2010). Avant le premier entretien, l'imaginaire du patient est déjà mobilisé autour de ce qu'il souhaite. De son côté, le psychothérapeute a ses approches de prédilection et ses propres enjeux affectifs. Pour ce dernier, le risque de mettre en acte ses affects dans la relation thérapeutique est d'autant plus présent qu'il est confronté à des émotions fortes, comme de la frustration vis-à-vis du patient. Le jeu des subjectivités fait émerger des tensions et des désaccords, plus ou moins explicites, qui peuvent être explorés et dépassés au profit de l'évolution du patient, en instituant le conflit et en travaillant les divergences d'aspirations. Plusieurs chercheurs pensent que la manière dont psychothérapeute et patient composent avec ces divergences concernant leur relation ou leur travail commun influence l'alliance (Binder & Strupp, 1997a ; Mitchell, 1993 ; Safran & Muran, 2000, 2016).

Néanmoins, pour Strupp (1980), les réponses négatives des psychothérapeutes aux patients difficiles seraient plus fréquentes et plus épineuses qu'on ne le pense. En effet, tout comme les autres êtres humains, les thérapeutes éprouveraient une grande difficulté à gérer les conflits dans lesquels ils sont eux-mêmes impliqués. Une série d'études anciennes – issues du projet Vanderbilt I<sup>18</sup> - sont importantes pour comprendre ce phénomène. La première étude se penchait sur les différences d'effets entre les facteurs techniques et les facteurs de la relation, ainsi qu'entre les entretiens conduits par des thérapeutes formés et par des enseignants des collègues qui ne l'étaient pas. La comparaison de ces groupes n'a montré aucune différence significative, ce qui plaide en faveur de l'importance des facteurs de la relation (Binder & Strupp, 1997a). Les données de l'étude ont ensuite été utilisées pour analyser le développement de l'alliance sur les trois premières séances de thérapie (Binder & Strupp, 1997a). Suh, Strupp et O'Malley (1986) ont alors découvert que les mauvais résultats thérapeutiques étaient associés à de faibles alliances ou à une détérioration de cette dernière au cours de ces séances. Toujours à partir des données de l'étude, Henry et Strupp (1994) ont montré que l'alliance se détermine très tôt en thérapie et que les thérapeutes sont souvent en difficultés face aux patients difficiles, hostiles ou critiques. Les thérapeutes réagissaient souvent à l'animosité des patients en devenant eux-mêmes hostiles. Ces chercheurs ont

---

<sup>18</sup> Conduite à l'Université Vanderbilt de Nashville.



identifié significativement plus d'interactions négatives, entre les deux acteurs de la relation, dans les thérapies où l'évolution thérapeutique du patient était faible que dans les autres thérapies. Par la suite, ce résultat a été confirmé par d'autres chercheurs, qui ont analysé les mêmes données, à l'aide d'un système de codage spécifique aux relations interpersonnelles, le *Structural Analysis of Social Behavior* (SASB). Reproduite ensuite par Henry, Schacht et Strupp (1990), l'étude a donné les mêmes résultats, toujours en utilisant le codage par le SASB (Binder & Strupp, 1997a). À la suite de ces deux études, les auteurs ont conclu qu'il ne faut pas sous-estimer l'influence des interactions négatives en thérapie. Ils en ont déduit que l'animosité des thérapeutes peut s'avérer toxique pour l'alliance et qu'elle serait fréquente, même chez les thérapeutes confirmés. Ils ont observé que les interactions négatives conduisent à un désengagement affectif progressif chez le thérapeute comme chez le patient (Binder, 1993 ; Binder, & Strupp, 1997a ; Henry & Strupp, 1994 ; Henry, Strupp, Butler & al., 1993).

Une autre étude ancienne, conduite par Piper, Joyce et al. (1999) a également souligné l'importance - dans les situations relationnelles complexes - de l'ajustement entre patient et thérapeute. Les chercheurs ont comparé deux échantillons randomisés de 22 patients chacun - ayant abandonné leur thérapie ou l'ayant poursuivie. Parmi les patients ayant abandonné, l'alliance et l'exploration des problèmes du patient étaient plus faibles que pour ceux qui n'avaient pas abandonné. La focalisation sur le transfert par le patient et par le thérapeute était également plus élevée dans le groupe ayant abandonné. Pour ce même groupe, la dernière séance de thérapie a été écoutée et analysée par les chercheurs. Ces derniers ont observé un schéma répétitif dans lequel patient et thérapeute semblaient retranchés dans une lutte de pouvoir. En effet, les patients exprimaient de manière répétée leur frustration face aux séances. Puis, patients et thérapeutes argumentaient. Les thérapeutes adoptaient alors des attitudes défensives, comme devenir tranchant, sarcastique, insistant ou condescendant. Ils exigeaient que le patient revienne à la prochaine séance. Cette étude semble montrer que, lorsque surviennent des tensions et des désaccords entre patient et thérapeute, la régulation de l'alliance serait particulièrement importante.

## **5.2. Alliance et évolution thérapeutique**

L'alliance thérapeutique est une notion qui produit un certain consensus entre écoles de pensées et qui est souvent reconnue comme un élément central à l'évolution thérapeutique du patient (Horvath & Greenberg, 1994 ; Norcross, 2011). Les études soulignent d'ailleurs, de

manière consistante, qu'il existerait un lien positif entre l'alliance et les résultats thérapeutiques, pour différents types de thérapies et pour différents patients (Crits-Christoph, Connolly Gibbons & al., 2011 ; De Roten, Michel & Peter, 2007 ; Horvath, Del Re, & al., 2011). De plus, l'insatisfaction du patient par rapport à l'alliance serait négativement corrélée au progrès thérapeutique (Ogrodniczuk, Joyce & Piper, 2007). Enfin, plusieurs méta-analyses désignent l'alliance comme un facteur susceptible de prédire le succès thérapeutique (Bachelor & Horvath, 2008 ; Horvath & Symonds, 1991 ; Lambert & Barley, 2001).

Dans une méta-analyse très récente, regroupant 295 études, publiées de 1978 à 2017 et incluant 30 000 patients, Flückiger, Del Re et al. (2018) ont souligné une corrélation moyenne entre l'alliance et l'évolution thérapeutique du patient ( $r = 0,278$ ,  $p < .0001$ ). Une autre méta-analyse récente d'Horvath, Del Re et al. (2011), comprenant 201 études, indiquait une corrélation moyenne entre l'alliance et le succès thérapeutique ( $r = 0,275$ ,  $p < .001$ ). Une méta-analyse de Martin, Garske et Davis (2000), qui incluait 68 études a souligné une corrélation de 0,22 entre l'alliance et les résultats thérapeutiques. Enfin, dans une méta-analyse déjà ancienne d'Horvath et Symonds (1991), comprenant 24 études, 26% de la variance du changement thérapeutique était attribuée à l'alliance. Ces études soulignent un lien régulier et direct entre l'alliance et l'évolution thérapeutique, soulignant ainsi son rôle dans le changement thérapeutique. Néanmoins, les tailles d'effets restent modérées, ce qui limite la portée des inférences concernant le lien entre l'alliance et les résultats thérapeutiques. De plus, la nature strictement quantitative des méta-analyses citées précédemment attire des critiques. Pour Wampold (2001), elle peut même limiter les conclusions à en tirer. Ce chercheur pense que les études les plus récentes montrent plutôt que l'alliance contribuerait à hauteur de 5 à 7% de la variance du changement thérapeutique, ce qui demeure relativement faible.

Crits-Christoph (2006) met également en garde contre un trop grand optimisme concernant le rôle de l'alliance dans le changement thérapeutique. Les corrélations liant alliance et résultats thérapeutiques restent peu élevées. Des variables intermédiaires peuvent même expliquer ces résultats, telles que la capacité du patient - antécédente au traitement - à former de bonnes alliances. Enfin, les corrélations obtenues dans les études sur l'alliance ne peuvent rendre compte à elles seules de la complexité de la rencontre thérapeutique (Baldwin & al., 2007 ; Gelso & Carter, 1994). Cependant, plusieurs chercheurs soulignent le caractère répété et solide du poids de 5 à 7% de l'alliance dans la variance du changement thérapeutique. Ils

insistent sur le fait que la corrélation entre alliance et résultats thérapeutiques serait l'une des découvertes scientifiques les plus cohérentes dans le champ de la psychothérapie (Bioy & Bachelart, 2010 ; Castonguay & al., 2006).

Dans une étude, déjà ancienne, de Castonguay, Goldfried & al. (1996), conduite auprès de 30 patients dépressifs, vus dans le cadre de 15 séances de thérapie cognitive, les chercheurs se sont intéressés à l'alliance, en approfondissant notamment l'analyse d'entretiens thérapeutiques. L'étude mesurait non seulement l'alliance, mais aussi l'implication affective du patient et la capacité du thérapeute à identifier les processus interpersonnels affectant l'état dépressif du patient. Elle montrait que ces trois variables ont une influence sur l'état dépressif. Dans le cadre de ce protocole, 9 séances thérapeutiques - dont l'alliance était faible - ont été plus particulièrement décryptées. Elles ont révélé des signes de tensions interpersonnelles chez les patients, tels que l'expression de sentiments négatifs envers la thérapie, ou encore l'évitement des tâches thérapeutiques. Dans le cadre de ces 9 séances, les chercheurs ont remarqué que, malgré des interventions directes de la part des thérapeutes au niveau des problèmes d'alliance, ces derniers n'ont pas aidé le patient à en approfondir les sources potentielles. Ils ont plutôt tenté de résoudre les problèmes d'alliance en cherchant à augmenter l'adhésion des patients au modèle de la thérapie cognitive, ce qui aurait nuit à l'évolution thérapeutique. Les chercheurs en ont déduit qu'appliquer la technique sans prendre en compte l'interaction thérapeutique est néfaste pour l'évolution du patient. Ils ont conclu que focaliser sur des interventions techniques et rationnelles pour corriger les problèmes d'alliance a pour effet de la détériorer, voire d'entraver l'évolution thérapeutique du patient. Pour Castonguay et al. (1996), les problèmes d'alliance gagnent donc être travaillés d'une manière plus relationnelle que technique.

Globalement, la composante relationnelle apparaît centrale au changement thérapeutique – un argument qui plaide en faveur de formations spécifiques et approfondies à l'alliance (Asay & Lambert, 1999 ; Lambert & Barley, 2001). Pour Lambert et Barley (2001), les facteurs de la relation sont même plus centraux à la formation continue du thérapeute que la théorie et les techniques. Également, Asay et Lambert (1999) mettent la communauté scientifique en garde contre l'attitude qui viserait à ne mettre en avant que les techniques et les théories en recherche, ainsi que dans la formation des psychothérapeutes. Il leur semble essentiel de ne pas nier qu'une bonne partie du changement thérapeutique est liée à des facteurs relationnels, communs aux différentes approches. Dans cette perspective, le

thérapeute gagne à travailler sa relation avec le patient, de manière à maintenir le lien avec ce dernier. Également, il doit être incité à adopter des positionnements particuliers pour chaque relation thérapeutique, en fonction de la manière dont le patient perçoit son aide (Lambert & Barley, 2001). Enfin, il est essentiel que le thérapeute se préserve, de manière à éviter de se mettre en état de fragilité, par exemple en vivant une surcharge de stress, ou encore un épuisement professionnel. En effet, plusieurs chercheurs considèrent que la souffrance du thérapeute est susceptible de compromettre la relation thérapeutique, ainsi que l'évolution du patient, dans la mesure où elle peut faire obstacle à la capacité du thérapeute à se relier au patient et à le comprendre (Lambert & Barley, 2001 ; Lecomte, 1999). Un thérapeute qui prend soin de lui est plus à même de le faire avec ses patients, quel que soit son niveau d'expérience professionnelle (Lambert & Barley, 2001).

Prendre en compte la dimension relationnelle en thérapie ne revient pourtant pas à conclure que l'alliance explique à elle seule le changement thérapeutique (Safran, 1993). Pour Norcross et Lambert (2011), il existe une fausse dichotomie entre les facteurs de la relation et ceux qui sont liés aux traitements. Ces chercheurs considèrent que les études randomisées accordent souvent une importance exagérée aux traitements. Ils pensent aussi que les études sur les facteurs communs mettent une emphase trop importante sur la dimension relationnelle de l'intervention. Pour Lambert et Barley (2001), les techniques thérapeutiques exercent plutôt leur influence dans un contexte relationnel entre patient et thérapeute qui les subsume. Il existe donc un lien étroit entre la qualité du lien, l'entente autour du travail effectué et les techniques thérapeutiques (Safran, 1993). Il est à noter que ces dernières sont notamment très utiles pour soutenir le sentiment qu'a le patient d'avancer dans sa vie. De son côté, la qualité de la relation thérapeutique soutient l'implication du patient dans le travail thérapeutique (Bordin, 1979 ; Safran, 1993).

Pour conclure, quarante ans de recherche en psychothérapie montrent que cette dernière est un processus complexe et dynamique. Plusieurs facteurs sont donc impliqués dans l'évolution thérapeutique du patient : ses caractéristiques propres, celles du thérapeute, celle de leur relation, des facteurs contextuels tels que les conditions de vie, ainsi que les méthodes de traitement utilisées (Norcross & Lambert, In Norcross, 2011). Pour Wampold (2001), il faut considérer l'existence probable de liens multidirectionnels entre les variables expliquant le changement thérapeutique – ce qui plaide en faveur d'une prise en compte de la complexité dans la compréhension du processus thérapeutique. Il semble donc superficiel de chercher à

appréhender de manière isolée les facteurs qui contribuent au changement thérapeutique. Cependant, traditionnellement, ces facteurs ont plutôt été étudiés séparément.

### **5.3. Quels facteurs font varier l'alliance ?**

Le changement thérapeutique mobilise plusieurs dimensions : les caractéristiques du patient, du thérapeute et de l'interaction thérapeutique. De plus, les postures de chacun, de même que leur lien évoluent au fil du temps (DeRubeis, Brotman & Gibbons, 2005 ; Thurin, 2009).

#### **5.3.1. La variable du patient**

Les caractéristiques et les habiletés du patient peuvent affecter sa capacité à entrer dans l'alliance et à approfondir son lien au thérapeute. Parmi elles, ont été soulignées : le style d'attachement du patient, sa psychopathologie, ses compétences sociales, ses attentes vis-à-vis la thérapie, ou encore sa méfiance et son hostilité (Binder & Strupp, 1997a ; Baldwin & al., 2007 ; DeRubeis & al., 2005). Toutefois, les chercheurs ne sont pas d'accord concernant l'importance de la variable du patient pour expliquer le changement thérapeutique. Wampold (2000) estime que son effet est faible, c'est-à-dire qu'elle représenterait environ 2% de la variance du changement. Norcross et Lambert (2005) lui accordent plus de poids : entre 25 et 30% de la variance. Parmi les chercheurs qui mettent l'accent sur la variable du thérapeute, plusieurs pensent que les caractéristiques du patient ne sont que faiblement liées à la construction initiale de l'alliance (Baldwin & al., 2007 ; Lecomte & al., 2004). Pour Lambert et Barley (2001), l'engagement du patient autour des tâches et des objectifs de la thérapie facilite la relation et le travail thérapeutiques.

#### **5.3.2. La variable du thérapeute**

Les études et les méta-analyses soulignent, de manière répétée, que la variable du thérapeute représenterait 3 à 7% de la variance du changement en thérapie (Baldwin & al., 2007 ; Crits-Christoph, Baranachie & al., 1991 ; Huppert, Bifka & al., 2001). Si ces chiffres semblent faibles, les chercheurs considèrent néanmoins que les caractéristiques du thérapeute, ses attitudes, son implication, son rôle dans l'interaction thérapeutique sont très importants pour l'alliance (Ackerman & Hilsenroth, 2003a ; Baldwin & al., 2007 ; Orlinsky & Rønnestad, 2005).

Pour Lambert et Norcross (2011), la personne du thérapeute serait étroitement liée aux résultats thérapeutiques (In Norcross, 2011). En effet, plusieurs études montrent que certains psychothérapeutes entretiennent de meilleures alliances que d'autres et qu'ils obtiennent également de meilleurs résultats (Baldwin & Imel, 2013 ; Kim, Wampold & Bolt, 2007 ; Okiishi, Lambert & al., 2003). Environ 30% des thérapeutes obtiendraient des résultats positifs supérieurs à ceux de leurs collègues, indépendamment de leur approche (Crits-Christoph & al., 1991 ; Luborsky, Mc Lellan & al., 1997). Il semble que ce succès dépende notamment de l'aptitude des psychothérapeutes à utiliser adéquatement les techniques pour aider le patient à explorer, à se comprendre, à être actif et à s'affirmer (Ackerman & Hilsenroth, 2003a). Ces thérapeutes ont donc la capacité d'engager leurs patients dans un travail collaboratif et participatif, alors que d'autres sont moins habiles pour le faire (Baldwin & al., 2007 ; DeRubeis & al., 2005 ; Lecomte & al., 2004). Enfin, les thérapeutes sont plus ou moins efficaces dans leur travail avec les patients en fonction des psychopathologies présentes chez ces derniers (Kraus, Castonguay & al., 2011).

En 1989, Horvath et Greenberg ont souligné que l'alliance affective était corrélée à l'empathie du thérapeute, ce qui allait dans le même sens que les travaux de Rogers (1957). Selon Norcross (2011), les patients décrivent les psychothérapeutes efficaces comme étant plus compréhensifs, plus empathiques et plus chaleureux que les autres. Ils perçoivent ces thérapeutes comme se comportant moins souvent de manière culpabilisante, distante ou susceptible de les rejeter, que les autres thérapeutes. Pour construire l'alliance, il semble bien que, du point de vue du patient, les capacités relationnelles du thérapeute soient importantes (Lambert & Barley, 2001).

Les comportements positifs du thérapeute ont été identifiés dans une méta-analyse de plus de 2000 études conduites depuis 1950 (Orlinsky, Grave & Parks, 1994). Parmi eux, sont cités : la crédibilité du thérapeute, sa compétence, sa compréhension empathique du patient, sa capacité à l'impliquer, ainsi qu'à attirer son attention sur son expérience affective. D'autres études soulignent également que les attributs et les capacités suivantes du psychothérapeute sont associés à une bonne alliance : la flexibilité - et notamment la capacité à être souple face à la résistance du patient - l'expérience, l'authenticité, l'honnêteté, la compétence, le respect, se montrer digne de confiance et être confiant - notamment en sa propre capacité d'influence - être intéressé par le patient, être à l'écoute du patient, être éveillé, amical, chaleureux et ouvert (Bachelor, 1995 ; Hersoug & al., 2001; Kivlinghan, Clements & al., 1993 ; Laska, Smith &

al., 2013). L'évolution thérapeutique du patient est donc en relation avec des attitudes ouvertes et non défensives de la part du thérapeute, alors que l'échec est lié à des comportements défensifs, à de la distance affective et à la mise en acte d'affects négatifs du thérapeute dans la relation (Gilbert & Leahy, 2007 ; Greenberg & al., 1998 ; Mitchell, 2000). Les attitudes relationnelles négatives du thérapeute – tels que le mépris, la distraction, l'ennui, une attitude critique, dogmatique, le fait de faire pression sur le patient, etc. - sont associées à une faible qualité de l'alliance (Ackerman & Hilsenroth, 2003b ; Hill & Knox, 2009).

Les études portant sur l'alliance soulignent également l'humilité du thérapeute comme une qualité relationnelle importante en thérapie (Hook, Watkins & al., 2015 ; Nissen-Lie & Rønnestad, 2016 ; Orlinsky & Rønnestad, 2005). Les psychothérapeutes considérés humbles sollicitent davantage le *feed-back* des patients que les autres, ce qui leur permet de s'ajuster aux interactions thérapeutiques (Tracey, Wampold & al., 2015). Ils sont capables de douter, tout en ayant confiance en eux. Ils sont également perçus par leurs patients comme plus à même d'instaurer des alliances fortes et d'obtenir de bons résultats thérapeutiques que les autres. Par contre, le doute associé à un manque de confiance en soi produit plutôt des effets thérapeutiques négatifs. Un juste équilibre entre un regard auto-critique du thérapeute et une bienveillance envers lui-même peut donc influencer positivement l'évolution du patient (Lecomte, 2010 ; Nissen-Lie, Monsen & al., 2013 ; Nissen-Lie, Monsen & Rønnestad, 2010).

Les thérapeutes efficaces sont aussi capables de proposer un rationnel cohérent, de même qu'un plan de traitement logique à leur patient (Desjardins, 2016). Également, pour Mallinckrodt et Nelson (1991) l'expérience du thérapeute influence l'alliance. Ces chercheurs ont utilisé l'Inventaire d'alliance de travail pour évaluer le lien entre le niveau de formation des thérapeutes et l'alliance, à la troisième séance de thérapie. Ils ont fait passer l'échelle à une dyade patient-thérapeute. Les patients étaient suivis soit par des thérapeutes novices effectuant leur premier stage, soit par des thérapeutes un peu plus expérimentés en stage pré-doctoral, soit par des thérapeutes expérimentés, ayant déjà un doctorat. Les résultats des patients et des thérapeutes à l'Inventaire d'alliance de travail montraient que les thérapeutes les plus expérimentés obtenaient des scores plus élevés aux sous-échelles de l'entente autour des objectifs et des tâches de l'Inventaire d'alliance de travail que les thérapeutes plus novices. Les résultats soulignaient également l'absence de différence liée à l'expérience professionnelle à la sous-échelle du lien thérapeutique. Ces résultats suggèrent, qu'en début de thérapie, les thérapeutes les moins expérimentés sont capables de créer le lien avec le

patient, mais qu'ils peuvent être moins habiles pour établir les objectifs de traitement et pour exécuter les tâches nécessaires à l'atteinte de ces derniers (Ackerman & Hilsenroth, 2003a).

Le vécu subjectif du thérapeute peut également favoriser ou bien bloquer sa capacité à se montrer ouvert, chaleureux et humble avec le patient. Ce serait notamment le cas lorsque le contre-transfert<sup>19</sup> suscite des sentiments négatifs à l'égard du patient (Gelso & Hayes, 2007). Le contre-transfert négatif peut notamment être lié à de fortes résonances de l'expérience subjective du patient avec celle du thérapeute, produisant une identification, ou a contrario, à un éloignement relationnel lié à des subjectivités très différentes. Binder et Strupp (1997a) soulignent que les réactions contre-transférentielles des thérapeutes sont souvent durables et subtiles, les empêchant fréquemment de garder leur calme, d'être empathique et respectueux avec le patient.

Dans le même sens, Freud a d'abord vu le contre-transfert comme une résistance inconsciente du thérapeute et comme une réaction pathogène au transfert, qui faisait perdre à l'analyste sa position de neutralité, essentielle à la cure (Bessette, 2012 ; Freud, 1910). Aujourd'hui, certains psychanalystes pensent plutôt que l'inconscient du thérapeute capte celui du patient par le biais du contre-transfert (Bessette, 2012 ; Nasio, In Delourme & Marc, 2011). Il serait donc intéressant de prendre en compte la subjectivité du psychothérapeute dans la cure, notamment parce qu'elle peut être utile au travail thérapeutique, pour peu que le thérapeute soit en mesure d'en prendre conscience et de l'élaborer (Bessette, 2012). Safran et Muran (2000) vont plus loin, en soulignant que l'interaction patient-thérapeute n'est pas seulement instrumentale au travail thérapeutique, mais qu'elle reflète plutôt le caractère intersubjectif de la rencontre, ce que pensait également Favez-Boutonnier dans les années 1950 en France.

Néanmoins, pour Strupp (1980), la notion de contre-transfert ne met pas suffisamment en lumière le caractère personnel des réactions du thérapeute à la souffrance du patient : « Le fait est qu'aucun thérapeute – en fait aucun être humain – n'est indemne de réactions négatives face à la rage réprimée et refoulée qui se retrouve fréquemment chez les patients souffrant de troubles modérés ou sévères<sup>20</sup> » (Strupp, 1980, In Binder & Strupp, 1997a). Ce point de vue

---

<sup>19</sup> Ensemble des réactions affectives conscientes ou inconscientes de l'analyste envers son patient (Laplanche & Pontalis (1973).

<sup>20</sup> "The plain fact is that any therapist-indeed any human being-cannot remain immune from negative reactions to the suppressed and repressed rage regularly encountered in patients with moderate to severe disturbances."



plaide en faveur de l'utilisation de l'expression « réactions affectives subjectives du thérapeute » plutôt que du terme « contre-transfert ».

Pour plusieurs chercheurs, la prise en compte du champ intersubjectif peut permettre au thérapeute d'utiliser sa propre subjectivité pour reconnaître les mouvements interpersonnels en thérapie et pour surmonter les impasses relationnelles (Horvath, 2005 ; Lecomte & al., 2004). Ce travail implique un effort d'introspection de la part du thérapeute et d'identification de sa propre contribution à la relation. Safran et Muran (2000) soulignent le danger qui consisterait, pour le thérapeute, à s'intéresser uniquement à la contribution du patient, en mettant l'emphase sur les caractéristiques de ce dernier, qui sont susceptibles d'empêcher l'alliance - tels que la résistance, ou encore un attachement pathologique. Pour ces chercheurs, le thérapeute qui adopte une telle approche de la relation vivra des difficultés au niveau de l'alliance thérapeutique.

### **5.3.3. L'interaction thérapeutique**

Si la personne du thérapeute est à prendre en compte pour l'alliance et pour l'évolution thérapeutique, plusieurs études ont également montré que les variables du thérapeute et du patient interagissent pour expliquer les résultats thérapeutiques (Castonguay & Beutler, 2006 ; Ackerman, Benjamin & al., 2002 ; Wampold, 2001). Par exemple, certains psychothérapeutes parviennent à lier de bonnes alliances avec des patients qui ont un relationnel positif. En revanche, ils vivent des difficultés avec les autres patients (Baldwin & al., 2007 ; DeRubeis & al., 2005). Les interactions thérapeutiques sont donc dynamiques, caractérisées par un jeu d'adéquation et de sens entre un praticien et son patient (Bioy & Bachelard, 2010 ; Franck & Frank, 1991). Les études soulignent donc le caractère intersubjectif et particulier de la relation patient-thérapeute. La généralisation de la compréhension d'une interaction spécifique à toute autre relation ou à toute autre situation ne semble donc pas possible. L'alliance thérapeutique exige donc un travail d'ajustement constant de la part du thérapeute, dans lequel il ne s'agit pas de répondre systématiquement aux demandes du patient, mais plutôt d'être attentif à ce qui se passe pour lui sur les plans affectifs et relationnels.

Il est possible de rendre compte de l'ajustement entre patient et thérapeute en observant la coordination de leurs conduites verbales et infra-verbales. En effet, mots, gestes et langage corporel – tels que regards et mimiques - signalent l'engagement affectif ou le désengagement des protagonistes de la relation thérapeutique (Despland & al., 2000, Despland, De Roten &

al., 2001). La coordination des conduites non-verbales permettrait même « *de déterminer le type de communication affective entre les partenaires, c'est-à-dire leur alliance* » (Despland & al., 2000, Despland & al., 2001). La prise en compte des interactions thérapeutiques soutient alors la compréhension de l'alliance et de l'évolution thérapeutique (Castonguay & Beutler, 2006 ; Levitt, Butler & Hill, 2006). L'observation des interactions patients-thérapeutes par le biais de vidéos était donc souhaitée pour cette étude, mais elle ne fut pas possible à mettre en œuvre, ce qui sera expliqué ultérieurement.

#### **5.3.4. Les techniques**

La compréhension de l'alliance et du changement thérapeutique passe par celle de variables subjectives et intersubjectives, mais doit également être complétée par celle des facteurs techniques. Bien que de nombreux chercheurs considèrent qu'aucun type de traitement ne s'est avéré à ce jour plus efficace que les autres, l'utilisation des techniques thérapeutiques influence l'alliance (Luborsky, Rosenthal & al., 2002 ; Wampold & al., 1997). Bedi, Davis et Williams (2005) indiquent que les patients accordent de l'importance aux techniques pour les aider à dépasser leurs symptômes. Ils les perçoivent comme susceptibles de provoquer leur évolution, ou de l'appuyer. L'utilisation des techniques peut donc contribuer à soutenir l'alliance de travail, voire permettre de la développer, dans la mesure où leur utilisation est perçue par le patient comme un facteur clé de son évolution (Baldwin & al., 2007 ; DeRubeis & al., 2005). L'utilisation de techniques peut également donner l'impression au patient que son thérapeute a le désir de l'aider. Toutefois, quand l'alliance est positive, plusieurs études ne montrent pas d'effet particulier de l'utilisation de techniques (Crits-Christoph & Connolly, 1999 ; Gaston, Thompson & al., 1998).

Au niveau des techniques d'entretien, des études de cas conduites dans le cadre de thérapies psychodynamiques ont souligné l'importance d'ajuster les interventions à la maturité des mécanismes de défense du patient, afin d'établir et de maintenir l'alliance (Despland & al., 2001). Également, les interprétations sur le transfert sont à mettre en œuvre avec prudence. Lorsque l'alliance est fragile, elles peuvent même l'endommager, particulièrement avec une patientèle souffrant de troubles de la personnalité (Bessette, 2012). En psychothérapies psychodynamiques, l'utilisation inadéquate des techniques suivantes est donc susceptible de fragiliser l'alliance : un aménagement trop rigide ou insuffisant du cadre, une utilisation inappropriée du dévoilement de soi ou du silence, des interventions superficielles, le fait de rabaisser le patient, ou encore de faire un usage trop fréquent des interprétations (Messer &

Wolitzky, In Safran & Barber, 2010). Piper, Azim, Joyce et McCallum (1991) ont d'ailleurs trouvé une corrélation inversée entre le nombre d'interprétations sur le transfert et la détérioration de l'alliance et du processus thérapeutique (In Binder & Strupp, 1997). Des résultats similaires ont été également soulignés dans l'étude de Hoglend et al. (1993) (In Binder & Strupp, 1997).

Pour Safran et Muran (2000), même si une intervention est faite avec une intention technique, elle demeure un acte relationnel, c'est-à-dire un geste posé par le thérapeute dans la relation au patient et qui revêt donc un sens particulier pour ce dernier. Dans la pratique, ces chercheurs pensent qu'il n'est pas possible de séparer les dimensions techniques et relationnelles d'une intervention - ce que se fait pourtant en recherche. Lambert et Norcross (2011) ont attiré l'attention sur le caractère souvent artificiel de la recherche en psychothérapie, en incitant à la prudence lorsqu'il s'agit de généraliser les résultats de recherche à la pratique (In Norcross, 2011).

De nombreux facteurs - qui s'influencent les uns les autres - sont donc à prendre en compte pour comprendre l'alliance.

#### **5.4. Comment évaluer l'alliance thérapeutique en recherche ?**

Si différents facteurs sont importants à considérer dans le développement des connaissances sur l'alliance, il en est de même de la méthodologie utilisée pour l'étudier.

##### **5.4.1. Spécificités de la recherche sur l'alliance**

L'alliance est traversée d'impasses et d'évolutions positives. Le phénomène est dynamique et fluctuant. La recherche portant sur l'alliance doit donc être envisagée dans la complexité, en considérant plusieurs facteurs explicatifs possibles (Safran & Muran, 2000).

De manière plus générale, la recherche en psychothérapie comporte déjà des difficultés. L'une d'entre elle consiste à prendre en compte la dimension pratique des phénomènes (Shapiro, 1995). Pour Goldfried et al. (2014), les études portant sur le processus thérapeutique et sur le changement échouent souvent à intéresser les praticiens. Il n'y aurait pas nécessairement de leur part un manque d'intérêt strict pour la démarche empirique. En effet, ces chercheurs estiment plutôt que les résultats des études sont parfois vides de sens et ne correspondent pas à la pratique. Selon eux, la recherche en psychothérapie échoue souvent à prendre en compte

les facteurs subjectifs liés au patient, tels que ses valeurs, ses croyances, ses préférences, la constellation particulière de ses symptômes et leur organisation, la manière dont il s'adapte aux procédures thérapeutiques proposées, ou encore son rapport au thérapeute. Les études achoppent également fréquemment à prendre en compte les particularités du psychothérapeute, ainsi que les spécificités d'une interaction thérapeutique donnée (Goldbloom, 2003 ; Goldfried, Newman & al., 2014). Ce gouffre qui semble séparer recherche et pratique est problématique et apparemment fréquent. Des chercheurs de l'*American Psychological Association* ont donc lancé « L'initiative du pont à double sens »<sup>21</sup>, qui consiste à encourager chercheurs et praticiens à croiser leurs regards, afin d'assurer une continuité entre recherche et pratique (Goldfried & al., 2014). Plusieurs chercheurs en psychothérapie estiment donc qu'un lien fondamental doit exister entre la pratique de la psychothérapie et la recherche qui porte sur cette dernière (Luborsky, 2006). Dans les études sur l'alliance thérapeutique, il est alors crucial de prendre en compte les spécificités pratiques, en s'intéressant à la subjectivité des protagonistes, de même qu'aux variations du lien thérapeutique, ce qu'une étude sur la formation des thérapeutes à l'alliance semble pouvoir permettre.

Plusieurs chercheurs soulignent les limites des méthodes quantitatives dans la recherche en psychothérapie. Ils estiment notamment qu'inclure des données linguistiques et des méthodes de recherche qualitatives permet d'explicitier le processus du changement thérapeutique de manière approfondie (Horvath & Symonds, 1991 ; Thurin, 2009). En France, il existe une méthode d'analyse des données textuelles informatisée – Alceste - qui peut permettre de prendre en compte les données langagières et qui sera présentée ultérieurement. Toujours du point de vue des méthodes de recherche, Baldwin et al. (2007) soulignent l'importance de distinguer l'effet du thérapeute de celui du patient. Il est donc non seulement proposé de comparer les thérapeutes entre eux, mais aussi à eux-mêmes et d'utiliser des modèles statistiques multi-niveaux (Baldwin & al., 2007 ; Crits-Christoph & al., 1991).

De manière spécifique à la recherche sur l'alliance, tenter d'appréhender le point de vue du patient est important. En effet, patient et thérapeute ne perçoivent pas toujours l'alliance de la même manière. Des études soulignent que la perception du patient prédit son évolution thérapeutique de manière plus solide que l'idée que le thérapeute se fait de l'alliance, ou même que des observateurs extérieurs s'en font (Duncan & Moynihan, 1994 ; Horvath &

---

<sup>21</sup> *The two-way bridge initiative.*

Bedi, 2002 ; Horvath & Luborsky, 1993). Dans le cadre de cette thèse, les représentations de l'alliance du patient et du thérapeute seront donc mesurées à différents moments du processus thérapeutique. Enfin, une question se pose de manière récurrente dans la recherche sur l'alliance : faut-il chercher à distinguer les effets des techniques thérapeutiques, des appartenances théoriques et de ceux de la relation (Blanchet, 2016) ? Pour plusieurs chercheurs, alliance et techniques thérapeutiques sont des unités conceptuellement différentes, qui impliquent des activités distinctes (Hatcher & Barends, 2006 ; Wampold, 2001). Ils ont donc tenté de séparer les effets des techniques de ceux de l'alliance, de vérifier si ces facteurs ont des effets qui s'additionnent, ou encore des effets d'interaction. D'autres chercheurs questionnent la pertinence de cette séparation entre alliance et techniques thérapeutiques. Ils pensent plutôt que toute intervention subit nécessairement la médiation de la relation thérapeutique. Chaque technique, dispositif ou objectif prend de sens différemment en fonction du patient, de son histoire, de ses schémas relationnels et de l'alliance (Frank & Frank, 1991 ; Safran & Muran, 2006).

#### **5.4.2. L'Inventaire d'alliance de travail**

Précédemment, plusieurs échelles de mesure de l'alliance ont été présentées. Issu de la conceptualisation de l'alliance de Bordin, l'Inventaire d'alliance de travail a été choisi pour l'étude adossée à cette thèse. Cet instrument se veut athéorique, donc adaptable à différents modèles thérapeutiques (Hatcher, In Muran & Barber, 2010). Il existe plusieurs versions de l'échelle : une pour le patient, une pour le thérapeute et une pour un observateur, ce qui permet de comparer les points de vue. L'Inventaire d'alliance de travail existe en version courte ou longue, la première comportant 12 items et la seconde 36. L'utilisation de mesures répétées pouvant induire de la fatigabilité chez les sujets, la passation de la version courte semblait plus appropriée pour la présente étude.

Les auteurs de l'Inventaire d'alliance de travail ont montré sa fiabilité et sa validité (Horvath & Greenberg, 1989). Corbière, Bisson et al. (2006) ont également souligné la validité de la version française courte. Ces auteurs pensent que le score global d'alliance de l'échelle est valide. Ils remettent toutefois en question la distinction en trois sous-facteurs - lien, objectifs, tâches - notamment pour les versions « patient » et « observateur » de l'échelle. Dans une étude portant sur 150 patients psychiatriques et leurs soignants, Corbière et al. (2006) ont trouvé de fortes corrélations entre les sous-échelles, allant de 0,71 à 0,86. Pour ces chercheurs, ces résultats indiquent que les sous-échelles ne mesurent pas réellement des

dimensions conceptuelles distinctes. Ils préconisent donc d'utiliser le score global de l'Inventaire d'alliance de travail, mais pas ceux des sous-échelles. Ce positionnement peut toutefois être interrogé. En effet, quand on observe les différents items du questionnaire, des différences conceptuelles nettes apparaissent entre eux (cf. Annexes 10 et 11). De plus, pour obtenir le score global d'alliance à l'Inventaire d'alliance de travail, il faut additionner les scores obtenus aux sous-échelles distinctes. Malgré les réserves émises par Corbière et al. (2006), les trois sous-facteurs de l'échelle paraissent donc importants.

### **5.4.3. Les écueils méthodologiques fréquents**

Des difficultés d'ordre méthodologique semblent à considérer dans les études sur l'alliance, notamment dans celles qui portent sur la formation des thérapeutes, ce qui est le sujet de cette thèse. Crits-Christoph et ses collègues (2006) ont mesuré l'alliance thérapeutique avant, pendant et après avoir administré une formation à l'alliance à cinq thérapeutes, ayant entre un an et trois ans d'expérience après leur doctorat. Ayant obtenu des effets statistiquement non-significatifs, ils ont attiré l'attention sur certains problèmes méthodologiques. Parmi eux, ils ont cité l'utilisation d'échantillons de thérapeutes trop restreints, de même que l'absence de groupe contrôle. Ils ont également souligné la tendance à des niveaux initiaux d'alliance élevée entre patients et psychothérapeutes. Dans la présente étude, le nombre de sujets sera donc porté à 30, avec la moitié des participants dans le groupe contrôle. Le recrutement des sujets n'ayant pu être adossé à une institution, les thérapeutes ont eux-mêmes inclus les patients à la recherche, ce qui peut biaiser les scores initiaux d'alliance et qui sera discuté ultérieurement.

Safran, Muran et leurs collègues ont également souligné d'autres difficultés méthodologiques. En 2011, ils ont réalisé une méta-analyse sur les études évaluant les procédures de formation visant à améliorer la capacité des psychothérapeutes à travailler quand l'alliance est fragilisée. Ils n'ont observé qu'un effet modéré avant et après les formations, ainsi qu'un effet très modéré entre la moyenne des groupes. Ces limites les ont questionnés autour du contrôle de variables qui ne sont pas à proprement prises en compte dans l'étude, mais qui sont susceptibles d'interférer avec elle. Il s'agirait notamment des variables du patient, du psychothérapeute et de l'interaction thérapeutique. Plus particulièrement pour cette dernière, les variations sont constantes, ce qui la rend très difficile à contrôler (Safran & al., 2014 ; Safran, Muran & Eubanks-Carter, 2011). Dans la présente étude, l'utilisation de mesures

répétées vise à contrôler la variabilité interindividuelle des sujets de même que celle de l'alliance dans le temps.

Après avoir fait état du cadre théorique et des connaissances scientifiques liés à l'alliance, dans le paradigme de recherche des facteurs communs en psychothérapie, il est à présent opportun d'exposer les moyens qui existent pour aider les thérapeutes à développer et à maintenir l'alliance, notamment lorsque les interactions thérapeutiques sont difficiles.

### **5.5. « Négocier » l'alliance thérapeutique**

Comment relancer la coopération dans les situations relationnelles difficiles en thérapie ? Dans la lignée des travaux de Bordin (1979) sur l'alliance, de nombreux chercheurs se sont intéressés à la coopération. Pour Safran et Muran (2000, 2006), un travail visant à « négocier l'alliance thérapeutique » refléterait davantage le caractère dynamique de l'alliance par rapport à un simple travail de coopération (Safran & Muran, 2000, 2006). L'expression « négocier l'alliance » leur paraît également mieux rendre compte de la forte teneur affective de l'interaction thérapeutique que le terme « coopération » (Safran & Muran, 2016). Ce point de vue met en avant les besoins de chaque acteur de la relation thérapeutique. Les psychologues français se sont souvent insurgés contre les dérives possibles d'une psychologie des besoins. Foucault (1966) a souligné que l'*épistémè* anglo-saxonne est susceptible d'enfermer le patient dans le rôle d'un client consommateur, au risque de l'éloigner de sa subjectivité. Dans cette perspective, « négocier l'alliance » pourrait relever d'un rapport commerçant, dans lequel les parties cherchent à obtenir un bénéfice. En français, les expressions « instituer le conflit »<sup>22</sup> ou « chercher un compromis » peuvent sans doute avantageusement remplacer la désignation anglo-saxonne de « négociation », en reflétant les liens réciproques qui existent entre patient et psychothérapeute. Dans notre langue, ces expressions prennent également en compte les pertes nécessaires à l'atteinte du compromis - une vision qui cadre sans doute davantage avec notre contexte culturel.

Au-delà des débats terminologiques, il semble néanmoins que parvenir à identifier les mouvements de l'entretien thérapeutique est important pour la pratique professionnelle du thérapeute. Les variations de l'alliance peuvent être analysées à la lumière de la qualité du lien patient-thérapeute et de l'entente autour du travail thérapeutique. Les réactions du patient donnent des indications quant à sa perception d'être plutôt soutenu, entendu, ou encore plutôt

---

<sup>22</sup> Terminologie inspirée des travaux d'Yves Clot en clinique du travail.

ignoré dans ses besoins, voire critiqué (Labov & Fanshel, 1977). Quand le patient se sent égayé, les échanges seraient colorés d'une certaine solidarité, d'une coopération, alors que lorsqu'il se sent délaissé, les interactions seraient souvent marquées par une lutte de pouvoir plus ou moins implicite (Labov & Fanshel, 1977). Pour Safran & Muran (2006), la manière dont les échanges sont travaillés en thérapie constitue un important mécanisme de changement. Plusieurs chercheurs considèrent même les processus thérapeutiques<sup>23</sup> comme des phénomènes intégratifs, communs à toutes les approches (Norcross, 2010 ; Safran & Muran, 2006). Pour Safran (1993), la compréhension conceptuelle, empirique et clinique des interactions thérapeutiques, de même que leur élucidation fait partie du développement d'un ensemble de connaissances communes à toutes les psychothérapies, qui devrait contribuer à la formation<sup>24</sup> des psychothérapeutes.

Pour Meador et Rogers (1979), chez le patient, les variations de l'alliance thérapeutique se manifestent de deux manières : soit par une ouverture affective accompagnée d'exploration et d'approfondissement quand le mouvement est positif, soit par une fermeture suivie d'une résistance quand il est négatif. Pour désigner ces mouvements négatifs, Safran et Muran (2000) utilisent l'expression « ruptures de l'alliance ». Dans la littérature scientifique, elles ont également été décrites de diverses manières : une détérioration du lien, une cassure, une faille empathique, une impasse thérapeutique, des tensions relationnelles, etc. Sur la base des travaux de Bordin (1979), Safran et Muran (2000, 2016) ont d'abord conceptualisé les ruptures de l'alliance comme des arrêts de coopération dans la relation thérapeutique, ou encore comme une faible proximité affective, qui surviennent notamment quand il y a désaccord autour des buts et des tâches de la thérapie, ou quand le lien thérapeutique se détériore (Safran & Muran, 2000, 2016). Par la suite, ils ont plutôt insisté sur une communication négative de la part du patient, ou bien au sein de l'interaction thérapeutique afin de caractériser les ruptures de l'alliance. Lorsqu'il y a présence de tensions et de conflits en thérapie, ces chercheurs pensent que la communication négative devient souvent implicite. Les désaccords sont alors subtils, ce qui les rend difficiles à identifier. Ils parviennent au sujet par l'intermédiaire des multiples canaux de communication du comportement verbal et non verbal, ce qui fait en sorte que le repérage des émotions et des réactions du partenaire ne s'effectue ni clairement, ni consciemment (Binder & Strupp, 1997a ; Blanchet, 2016 ; Despland & al., 2001).

---

<sup>23</sup> Les interactions thérapeutiques.

<sup>24</sup> Initiale et continue.



Si les travaux de Safran et Muran sont intéressants, en français, l'appellation « rupture de l'alliance » pose un problème. En effet, elle est équivoque et conduit à imaginer un conflit ouvert, donnant lieu à une cassure du lien, ce qui n'est pas forcément le cas lorsqu'un conflit survient en thérapie. Safran (1993) souligne qu'une rupture d'alliance peut aussi se manifester de manière très subtile, sans cassure, par exemple lorsqu'il y a un mouvement de retrait affectif chez le patient, comme une exploration de soi qui s'appauvrit. Dans cette étude, l'expression « mouvement négatif de l'alliance » sera donc préférée à celle de « rupture ». Si l'identification des mouvements négatifs semble cruciale pour le maintien de l'alliance, la capacité du thérapeute à se rendre compte des mouvements positifs paraît également importante pour renforcer l'alliance. Le travail thérapeutique peut non seulement s'enrichir de l'identification de ses variations négatives, mais également du repérage de ses mouvements positifs, qui peuvent parfois être également difficiles à percevoir.

La nature ambiguë et subtile de la communication humaine rend l'alliance difficile à décrypter (Blanchet, 2016). Safran et Muran (2000) ajoutent également que nombre de patients n'osent pas parler - voire masquent - leur désaccord avec leur psychothérapeute. Ces chercheurs pensent que les patients craignent que leur affirmation ne mette la relation thérapeutique en péril. D'autre part, la difficulté des thérapeutes à repérer les mouvements négatifs de l'alliance fait également obstacle au lien et à la possibilité d'accorder les interventions aux préoccupations du patient. Pour Safran, (1993), ces problèmes risquent de donner lieu à une communication négative. En effet, l'absence de prise en compte des désaccords et de travail pour les résoudre est susceptible de provoquer des échecs et des abandons thérapeutiques (Eubanks-Carter, Muran & Safran, 2010 ; Safran & Muran, 2016). Plusieurs facteurs peuvent expliquer les tensions en thérapie. Parmi eux, il y a la manière dont la relation thérapeutique réactive la matrice relationnelle du patient, l'approche thérapeutique employée et la contribution affective du psychothérapeute à l'interaction (Safran, Crocker, & al., 1990 ; Safran & Segal, 1990).

En ce qui concerne les approches thérapeutiques, les objectifs et les tâches qui y sont associés peuvent interpeller les patients et contribuer à installer des tensions. Par exemple, la neutralité psychanalytique peut être perçue comme une forme de désintérêt, ou comme un manque de sensibilité aux problèmes du patient. Dans les TCC, les conseils et les devoirs donnés en dehors des séances peuvent être perçus comme des injonctions infantilisantes (Chambon & Marie-Cardine, 2014 ; Safran, 1993). Concernant le psychothérapeute, plusieurs chercheurs

pensent que sa capacité à accepter la responsabilité de ses réactions subjectives négatives est liée à une amélioration de l'alliance (Despland & al., 2000 ; Gelso & Hayes, 2007). Pour Lecomte et al. (2004), le repérage et la régulation par le psychothérapeute de ses propres réactions affectives lui permettent de réinvestir la relation, ce qui nécessite de sa part un travail en profondeur. De même, ces chercheurs pensent que la capacité du thérapeute à réguler l'alliance<sup>25</sup> en appréhendant ses mouvements et en travaillant sur le conflit patient-thérapeute a un effet significatif sur le processus thérapeutique. Pour eux, savoir repérer les mouvements négatifs de l'alliance et les utiliser dans l'intervention caractérise même les psychothérapeutes efficaces (Lecomte & al. 2004).

Dans le paradigme de recherche sur les facteurs communs en psychothérapie, il est aujourd'hui largement reconnu que, pour influencer la progression du patient, le thérapeute doit se montrer disponible sur le plan affectif, c'est-à-dire moduler ses propres réactions affectives, avoir conscience des fluctuations de l'alliance et les réguler dans la relation au patient. Plusieurs chercheurs pensent que ces capacités relationnelles ne sont possibles que si le psychothérapeute est disponible à lui-même. Il s'agit donc qu'il porte attention à ce qui se passe en lui pendant la séance. Il serait également important qu'il tente de comprendre le sens des conflits vécus en thérapie, dans la perspective du patient (Hillerbrand, 1989 ; Lecomte et al., 2004). Pour Lecomte et al. (2004), les psychothérapeutes efficaces parviennent à « créer un processus d'exploration et de compréhension en suscitant la participation active de leurs clients pour dénouer les impasses relationnelles et leur donner du sens ». Les désaccords représentent donc des occasions pour le patient de faire sens avec des dimensions jusque-là inaccessibles ou incomprises de son expérience subjective. Ces *insights*<sup>26</sup> relationnels sont donc susceptibles de produire des changements profonds dans la manière dont le patient se relie à lui-même et aux autres.

Néanmoins, Binder et Strupp (1997a) ont souligné une difficulté de la part des psychothérapeutes à réguler les conflits, quels que soient leur expérience, leur formation et leur approche théorique. Une régulation affective défailante de la part du psychothérapeute sur les plans personnel et interpersonnel peut alors se répercuter de manière importante sur le travail thérapeutique. Cette régulation semble donc cruciale tout au long du processus

---

<sup>25</sup> Ces auteurs parlent de « régulation interactive ».

<sup>26</sup> Les tenants de l'intersubjectivité préfèrent souvent le terme *awareness* (ou *emotional insight*) à celui d'*insight*, parce qu'il leur semble mieux rendre compte de l'importance de l'expérience immédiate faite par le patient dans la relation thérapeutique. La notion d'*awareness* est inspirée des travaux d'Eugene Gendlin.

thérapeutique (Despland & al., 2000 ; Lecomte & al. 2004). Cependant, Binder et Strupp (1997a) pensent que la capacité des thérapeutes à mettre en œuvre des stratégies de réparation des mouvements négatifs de l'alliance a été largement surestimée. Ils jugent aussi que la formation initiale ne prépare souvent pas adéquatement les thérapeutes à composer avec les processus négatifs en thérapie. Ils rappellent que depuis les années 1940, la littérature scientifique met en lumière les réactions négatives des thérapeutes face aux patients difficiles, par exemple, face aux patients hostiles, passifs, dépendants, qui ont une attitude de rejet ou qui sont critiques envers le thérapeute ou la thérapie. Alors, comment aider les psychothérapeutes en formation à prendre en compte les aléas de l'interaction thérapeutique, leurs effets sur l'alliance, ainsi que leurs conséquences pour l'évolution du patient ?

### **5.6. La subjectivité du thérapeute**

Du point de vue du thérapeute, la première dimension à prendre en compte pour travailler sur l'alliance est l'effet de sa propre subjectivité sur l'interaction thérapeutique. En psychanalyse, la subjectivité du psychothérapeute a souvent été considérée comme un obstacle à la cure. Freud voyait d'ailleurs le contre-transfert comme un phénomène plutôt pathogène, exprimant les retentissements de la névrose du patient sur celle du psychothérapeute. Dans les années 1950, la psychanalyse anglo-saxonne se met à considérer le contre-transfert comme un outil thérapeutique, à condition que le psychothérapeute parvienne à réguler ses réactions affectives, sans les décharger dans la cure (Bessette, 2012). Les approches psychodynamiques actuelles envisagent même les réactions subjectives du psychothérapeute comme utiles au diagnostic et à la psychothérapie (Bessette, 2012).

Les travaux de Winnicott (1965) sont précurseurs de l'utilité de la subjectivité du thérapeute dans le travail thérapeutique. En effet, il a distingué les réactions contre-transférentielles liées au vécu propre à l'analyste, de celles provenant de la subjectivité du patient. Les premières peuvent faire obstacle au travail, alors que les secondes seraient utiles. Concernant celles qui peuvent servir au travail thérapeutique, il les désigne par l'expression « *contre-transfert objectif* ». Il les considère comme révélatrices des représentations relationnelles du patient (Bessette, 2012). Ce contre-transfert objectif pourrait donc être utilisé pour favoriser l'*insight* du patient autour de ses problématiques interpersonnelles (Bessette, 2012). Le contre-transfert objectif dirige l'attention du psychothérapeute vers les processus implicites qui sont à l'œuvre dans la relation thérapeutique, ce qui peut lui permettre de comprendre la manière dont le patient entre en relation avec l'autre et de l'aider dans ses difficultés relationnelles. Ligiéro et

Gelso (2002) considèrent que le contre-transfert du psychothérapeute doit être différencié des comportements et des attitudes contre-transférentiels. L'expérience du contre-transfert peut alors s'avérer utile au travail thérapeutique si elle est reconnue comme telle, alors que les comportements et attitudes contre-transférentiels constituent plutôt des mises en actes des affects que le thérapeute ne parvient pas à réguler, ce qui risque d'affecter négativement le travail thérapeutique (Ligiéro & Gelso, 2002).

Les comportements contre-transférentiels néfastes au travail thérapeutique se manifestent lorsque le thérapeute surinvestit la relation avec le patient, par exemple quand il se sent investi du devoir de le sauver, ou encore, lorsqu'il se positionne en retrait émotionnel par rapport à l'interaction (Friedman & Gelso, 2000). Dans le cas du surinvestissement affectif, le thérapeute s'identifie souvent fortement au patient - voire entre en collusion avec lui - ce qui l'empêche de garder un positionnement juste. Lorsqu'il est en distance affective, le thérapeute ne résonne pas avec l'expérience du patient, ce qui peut notamment l'empêcher d'être empathique avec le vécu de ce dernier. La distance affective du thérapeute peut être liée à une grande différence entre son vécu propre et celui du patient. Pour Latts et Gelso (1995), le plus souvent, il s'agit plutôt d'une attitude défensive de la part du thérapeute par rapport à sa propre subjectivité, par exemple lorsqu'il est en colère vis-à-vis du patient et qu'il évite son ressenti, ou encore quand des tensions émergent en thérapie et qu'il se met en retrait pour éviter les critiques. Enfin, les comportements contre-transférentiels en apparence positifs - dans la mesure où ils paraissent avoir pour but de soutenir le patient - servent souvent plutôt les besoins du psychothérapeute. Ils sont susceptibles d'entraîner un évitement des enjeux du patient et d'empêcher l'évolution thérapeutique de ce dernier (Friedman & Gelso, 2000).

Pour désigner la contribution personnelle et relationnelle du psychothérapeute à l'interaction thérapeutique, les tenants de l'intersubjectivité ont préféré l'expression « expérience subjective » à celle de « contre-transfert ». En effet, ce courant considère qu'il n'existe ni rapports objectivés en thérapie, ni neutralité. Le thérapeute n'est donc jamais complètement dégagé de sa subjectivité, de son expérience singulière de la relation thérapeutique. Par conséquent, il lui est impossible d'inférer systématiquement un lien entre son vécu de la relation thérapeutique et l'expérience que le patient fait de ses relations dans la vie de tous les jours (Safran & Muran, 2000). Si le thérapeute interprète les schémas relationnels du patient, il est invité à demeurer vigilant à sa propre implication, ainsi qu'aux motivations qui le poussent à vouloir interpréter. Par exemple, le besoin d'interpréter est parfois lié à un souhait

mal conscientisé d'exprimer un pouvoir dans la relation. Le thérapeute peut également être en réaction au sentiment d'avoir été critiqué ou rejeté par le patient. Une forte résonance affective avec le vécu du patient peut aussi le conduire à confondre les enjeux relationnels de ce dernier avec les siens. Enfin, le thérapeute peut plus ou moins volontairement juger la vie du patient, ou encore se protéger de la relation thérapeutique en restant caché derrière son cadre théorique (Safran & Muran, 2000). Dans cette perspective, qui est également celle de la présente étude, l'interprétation ne constitue donc jamais une fin en soi, mais plutôt un moyen, parmi d'autres, de relancer l'exploration du patient.

Quand la subjectivité du psychothérapeute fait blocage au travail thérapeutique, le modèle théorique de prédilection est souvent brandi de manière défensive, ce qui risque d'aggraver les situations d'impasse relationnelle. Plusieurs chercheurs pensent que plus un psychothérapeute est déclaré compétent dans son adhésion à un modèle thérapeutique et dans l'application qu'il en fait, plus l'alliance fait problème et plus l'évolution thérapeutique est compromise (Bein & al., 2000 ; Castonguay & al., 1996 ; Henry & al., 1993). En effet, une étude conduite par Strupp et ses collègues dans le cadre du projet Vanderbilt II a non seulement souligné une difficulté des psychothérapeutes à gérer les situations conflictuelles, mais indiquait également que l'observance théorique et technique contribuait à rendre la communication difficile entre patient et thérapeute (Strupp, 1993). Dans cette expérience, le travail de 16 psychothérapeutes expérimentés - auprès de 80 patients - a été évalué, avant et après la mise en place d'une année intensive de formation à un traitement standard de psychothérapie psychodynamique. Après la formation, les thérapeutes se sont montrés plus observants par rapport au modèle théorique. Ils ont également manifesté davantage d'hostilité envers les patients, observée à l'aide de l'instrument de codage des relations interpersonnelles, le *Structural Analysis of Social Behavior* (SASB). Le corollaire en était une augmentation des problèmes de communication (Binder & Strupp, 1997). Ces résultats sont à prendre en considération pour construire des formations à l'alliance thérapeutique. Ils suggèrent qu'il est important de ne pas mettre trop d'emphase sur les dimensions théoriques et techniques de l'apprentissage dans la construction de formations à l'alliance. Également, des analyses subséquentes, réalisées par Najavits et Strupp (1994), sur les données du projet Vanderbilt II ont montré que l'efficacité du thérapeute n'avait pas été influencée par la formation suivie. Ces analyses ont également souligné que, chez les thérapeutes les plus efficaces, on retrouvait beaucoup moins de

comportements hostiles<sup>27</sup> que chez les autres thérapeutes, tels que codés par le SASB. En outre, les thérapeutes les plus efficaces avaient tendance à se remettre davantage en cause, ce qui suggère qu'ils étaient engagés dans un processus d'auto-réflexion susceptible de les aider à éviter les interactions négatives (Binder & Strupp, 1997). À la suite des projets Vanderbilt I et II, Binder et Strupp (1997) ont souligné la nécessité de s'interroger sur la manière de former les thérapeutes aux processus thérapeutiques négatifs – une formation qui, à l'époque, leur semble déficiente.

Ces études ont donc montré qu'il pourrait être important de former les thérapeutes à entrer dans un processus auto-réflexif par rapport à l'alliance et aux interactions thérapeutiques. Lecomte (2010) suggère d'aider les thérapeutes dans l'élaboration de leurs réactions subjectives en lien avec la relation thérapeutique. Cette élaboration est susceptible de permettre au thérapeute d'appréhender les mouvements négatifs de l'alliance, de le soutenir pour aider le patient à faire sens avec les impasses et les conflits, de l'aider à rester en soutien affectif face à la souffrance de ce dernier (Lecomte, 2010 ; Safran & Muran, 2000). Néanmoins, la capacité du psychothérapeute à résonner avec le vécu<sup>28</sup> du patient ne saurait être toujours constante, toujours ajustée (Lecomte, 2010). Le thérapeute qui cherche à s'accorder parfaitement au patient ne préserve pas une distance relationnelle suffisante, ce qui le met notamment à risque d'épuisement (Lecomte, 2010). Dans la ligne tracée par Bowlby (1969), plusieurs chercheurs pensent que pour soutenir le changement thérapeutique, il est suffisant que la relation soit fiable<sup>29</sup> et que l'accordage affectif soit présent (Fonagy, Gergely & al., 2005 ; Schore, 2003 ; Stern, 1989).

Pour Fonagy et al. (2005), la capacité du psychothérapeute à résonner avec les émotions difficiles du patient et à les contenir est importante pour que ce dernier puisse lui-même identifier, comprendre et réguler son vécu, c'est-à-dire devenir réflexif. Chez le patient, les conflits dans la relation avec le thérapeute relèvent souvent d'expériences affectives insuffisamment mentalisées, subtiles, contradictoires, pouvant entraver sa relation à lui-même et aux autres. Les symboliser peut lui permettre de les élucider. Pour soutenir ce travail de symbolisation, une ouverture aux différentes dimensions de l'expérience subjective du patient est nécessaire. Pour le thérapeute, il s'agit d'appréhender les affects, les pensées, le ressenti corporel et les fantaisies d'action du patient pour l'amener à développer une connaissance

---

<sup>27</sup> Exemples : blâmer, rabaisser, ignorer, rejeter.

<sup>28</sup> Ce qui est aujourd'hui souvent désigné par le terme "*responsiveness*" en anglais.

<sup>29</sup> Souvent désigné par le terme "*secure*" en anglais.

incarnée sur lui-même et sur ses liens aux autres (Drouin, 2014). À la faveur des mouvements négatifs de l'alliance, une occasion de travail se présente et qui peut favoriser des changements significatifs dans le fonctionnement du patient (Luborsky & Crits-Christoph, 1990 ; Safran & al., 2011 ; Stolorow, Brandchaft & Atwood, 1994).

Sur le plan thérapeutique, l'exploration des mouvements négatifs de l'alliance présente plusieurs avantages. Elle peut permettre l'approfondissement de thématiques centrales pour le patient. Elle est susceptible de favoriser la compréhension de cercles vicieux qui se répètent dans la vie du patient, notamment dans la sphère relationnelle. Elle peut permettre au patient de vivre une expérience affective correctrice et l'aider à remettre en cause ses schémas relationnels pathogènes. L'exploration des mouvements négatifs de l'alliance est susceptible de renforcer ses capacités d'intimité, dans la mesure où elle lui permet de faire l'expérience d'un compromis constructif autour de ses besoins et de ceux d'autrui. Cette exploration peut aussi aider le patient à développer une confiance dans la possibilité d'être entendu par les autres (Benjamin, 1990 ; Luborsky & Crits-Christoph, 1990 ; Safran, 1993 ; Safran & Muran, 2000). Enfin, elle peut faire diminuer la dissociation affective (Safran & Muran, 2000).

Plusieurs chercheurs pensent que travailler les mouvements négatifs de l'alliance peut s'avérer thérapeutique, dans la mesure où cela permet de relancer l'alliance et le processus soignant (Hatcher, In Muran & Barber, 2010 ; Lecomte & Richard, 2006 ; Safran & Muran, 2000, 2016). Ce travail ne peut se faire sans l'intention du psychothérapeute d'être présent à l'expérience affective et aux difficultés du patient. La présente étude interroge notamment la manière de soutenir la capacité du thérapeute à repérer les mouvements de l'alliance et à aider le patient à les explorer.

### **5.7. Les marqueurs des mouvements de l'alliance**

Repérer les mouvements de l'alliance est souvent difficile, y compris pour les thérapeutes expérimentés. Ce travail est néanmoins préalable à toute intervention visant à résoudre les problèmes liés à l'alliance. Pour aider les thérapeutes dans ce repérage, il existe au moins deux types de marqueurs indiquant des tensions implicites entre les souhaits du patient et ceux du psychothérapeute. Pour Safran et Muran (2000), il s'agit d'indices comportementaux dans la communication, révélant le retrait ou la confrontation chez le patient. Les marqueurs de retrait se manifestent particulièrement quand ce dernier cherche à protéger la relation, au détriment de sa propre subjectivité. Il s'agit de comportements indiquant indirectement un désaccord,

par le biais d'un désengagement affectif vis-à-vis du psychothérapeute ou du dispositif thérapeutique. Par exemple, le patient devient distant, silencieux, répond aux interventions de façon minimale, change de sujet, parle d'une manière abstraite, raconte des histoires, rate des rendez-vous, arrive en retard, ou encore refuse de se centrer sur ses émotions lorsque le thérapeute le lui demande (Safran & Muran, 2016). Le retrait affectif peut également se manifester sous la forme de mouvements vers le psychothérapeute, mais de distance vis-à-vis de soi-même. Par exemple, le patient se conforme aux demandes du thérapeute, ou encore cherche à apaiser la relation thérapeutique (Safran & Muran, 2000). Les marqueurs de retrait sont subtils et difficiles à percevoir. Ils sous-tendent fréquemment une insatisfaction, une colère masquée (Safran & al., 2007). Le retrait peut également être envisagé comme une forme d'hostilité envers l'autre, mais retournée contre soi-même (Labov & Fanshel, 1977). En étant attentif à sa propre expérience subjective, le psychothérapeute peut avoir des indices de mouvements de retrait, tels qu'un sentiment de frustration, de confusion, ou encore de colère.

Les marqueurs de confrontation semblent plus évidents à percevoir. Ils se manifestent lorsque le patient cherche à s'affirmer, sans pleinement considérer les effets de sa communication sur la relation thérapeutique. Il s'agit donc d'expressions directes d'agressivité vis-à-vis du psychothérapeute, telles qu'une colère se manifestant de manière accusatrice, en repoussant l'autre, en le remettant en cause, ou encore en se plaignant. La frustration du patient peut également s'exprimer envers le dispositif thérapeutique. Par exemple, le patient exprime que les rendez-vous sont inutiles, les exercices idiots (Safran & Muran, 2000). Les mouvements relationnels négatifs vis-à-vis du psychothérapeute peuvent également se manifester sous forme de contrôle, par exemple, en adoptant une posture excessivement amicale ou très séductrice envers ce dernier. Les marqueurs de confrontation masquent souvent une vulnérabilité affective du patient. Se mettre en colère est alors plus simple que de se montrer en difficultés (Safran & Muran, 2000, 2016).

Les marqueurs des mouvements de l'alliance, proposés par Safran et Muran (2000) font résonance à la théorie de Mary Ainsworth (1978) sur les styles d'attachement. En effet, un parallèle peut être fait entre les ruptures de confrontation et l'attachement ambivalent, de même qu'entre les ruptures de retrait et l'attachement évitant. Les mouvements négatifs de l'alliance peuvent alors être considérés comme des mises en acte de certains styles d'attachement. Compte tenu de l'existence d'autres modèles d'attachement et des structurations de la personnalité qui peuvent en découler, l'existence d'autres types de



marqueurs des mouvements négatifs de l'alliance n'est pas à exclure. En sus des marqueurs des mouvements de l'alliance, d'autres aspects sont à considérer pour travailler les mouvements négatifs de l'alliance.

### **5.8. Niveaux à considérer dans le travail sur l'alliance**

Safran et al. (2007) proposent plusieurs niveaux de travail à mettre en œuvre pour relancer l'alliance thérapeutique. Le premier vient d'être décrit. Il s'agit de l'identification des marqueurs de mouvements négatifs dans l'interaction (Safran & Muran, 2000). Une fois qu'ils ont été identifiés, des interventions centrées sur l'alliance peuvent être envisagées. Cependant, à quel moment les mettre en œuvre ? Elles seraient particulièrement pertinentes lorsque les mouvements négatifs de l'alliance ont une incidence sur le travail thérapeutique. Il paraît donc indiqué d'agir pour trouver des compromis avec le patient lorsque ces variations bloquent l'atteinte des objectifs thérapeutiques. De même, l'intervention centrée sur l'alliance est préconisée quand elle semble susceptible d'améliorer les difficultés relationnelles du patient, ou encore ses symptômes (Safran & Muran, 2000, 2006).

Plusieurs niveaux d'intervention sont possibles pour travailler sur l'alliance. Safran et al. (2007) reconnaissent néanmoins qu'ils ne doivent pas être considérés comme des étapes à suivre dans l'ordre, mais plutôt comme des lignes directrices pour intervenir lorsque l'alliance se fragilise (Safran & Muran, 2000). Plusieurs d'entre eux ont déjà été discutés. Il s'agirait : d'identifier les marqueurs de mouvements négatifs de l'alliance ; de reconnaître sa propre contribution à l'interaction ; d'analyser son enchevêtrement dans la matrice relationnelle du patient ; de s'extirper de la mise en acte relationnelle ; d'aider le patient à explorer son expérience subjective du lien et ses résistances quand l'alliance se fragilise ; et enfin, d'aider le patient à explorer le souhait ou le besoin sous-jacent au mouvement négatif de l'alliance. Par exemple, quand la relation thérapeutique est tendue, l'exploration centrée sur l'alliance peut aider le patient à nommer un conflit intérieur entre le besoin d'être soutenu par le thérapeute et celui de préserver son autonomie. Après avoir abordé les différents niveaux possibles de travail sur l'alliance, on peut se poser la question de leur mise en pratique.

## **5.9. Les stratégies de maintien et d'amélioration de l'alliance**

### **5.9.1. Identifier les marqueurs des mouvements de l'alliance**

Lorsqu'un mouvement négatif de l'alliance survient, Safran et Muran (2000) suggèrent d'abord d'en identifier les marqueurs manifestes dans la communication du patient. Un exemple verbal de marqueur de confrontation est le suivant. Le patient dit au thérapeute : « Vous ne faites rien pour m'aider ! ». Également, voici quelques spécimens de marqueur d'évitement. Le patient tente de répondre aux attentes qu'il suppose chez le thérapeute : « Vous m'avez donné de précieux conseils ». Le patient fait son autocritique plutôt que de remettre en cause le thérapeute : « C'est moi qui ai mal compris ce que vous proposez ». Une fois le marqueur identifié, il semble intéressant de l'utiliser dans l'intervention centrée sur l'alliance, afin d'aider le patient à se rendre compte qu'il est sensible à la relation thérapeutique. Par exemple, le thérapeute peut favoriser l'exploration du mouvement négatif de l'alliance en posant la question suivante au patient : « Quand vous dites que vous avez mal compris ce que je proposais, que ressentez-vous ? ». Les indices de la communication non-verbale sont également à considérer pour identifier les marqueurs des mouvements négatifs de l'alliance. Ils peuvent contribuer à valider ou à invalider l'hypothèse du thérapeute concernant la qualité de sa communication avec le patient.

Concernant les situations de confrontation, Safran et Muran (2000) soulignent l'importance d'inviter le patient à élaborer son ressenti négatif, comme la colère ou la déception. Ils pensent également nécessaire de l'encourager à explorer les aspects plus vulnérables de son expérience affective, car ils sont souvent à la source de l'attitude de confrontation. Par exemple, un mouvement de colère du patient peut cacher le sentiment que le thérapeute ne prend pas soin de lui. Il ne s'agit pas de répondre aux demandes affectives sous-jacentes, mais plutôt de favoriser l'exploration des insatisfactions et des vulnérabilités. Par exemple, le patient peut découvrir qu'il se sent effrayé à l'idée de laisser une personne prendre soin de lui. Le thérapeute est alors en mesure de l'aider à prendre conscience de sa vulnérabilité et à travailler sur l'expression de ses besoins affectifs. À terme, le patient peut - par exemple - commencer à s'autoriser à demander directement l'aide du thérapeute pour réfléchir à un problème difficile. Concernant les situations d'évitement, le psychothérapeute est invité à favoriser l'affirmation du patient en l'aidant notamment à exprimer ses sentiments négatifs. Par exemple, le thérapeute peut encourager l'exploration autour du mouvement d'évitement de l'alliance en posant la question : « Quand vous dites que vous avez mal compris ce que je

proposais, est-il possible que vous vous soyez senti critiqué par ma proposition ? ». Ce questionnement peut alors permettre un échange autour de l'alliance : « Je me suis peut-être senti un peu critiqué, en effet. J'ai souvent du mal à dire ce que je pense vraiment. »

L'exploration des mouvements négatifs de l'alliance impliquent donc non seulement d'amener le patient à explorer son vécu de la relation thérapeutique et du travail commun, mais aussi d'aider le patient à exprimer ses sentiments et ses besoins relationnels contradictoires<sup>30</sup>. Safran et Muran (2000) reprennent également la notion de méta-communication<sup>31</sup> pour favoriser l'exploration des mouvements négatifs de l'alliance. Initiée par le thérapeute, cette communication porte sur les processus à l'œuvre dans l'interaction patient-thérapeute, plus particulièrement au niveau implicite (Safran & al., 2014). Dans une posture méta-affective et méta-cognitive, qui permet de penser les enjeux de la communication implicite, le thérapeute peut - par exemple - intervenir autour des processus thérapeutiques de la manière suivante : « Je me rends compte qu'aujourd'hui, j'aurai tendance à vouloir vous devancer. Et il me semble que le climat entre nous est tendu depuis le début de la séance, comme si nous étions en train d'effectuer un bras de fer. Est-ce que cela vous parle ? ». La méta-communication présentée dans cet exemple mérite d'être explicitée plus avant.

### **5.9.2. Méta-communiquer**

Les tenants de l'école de Palo Alto définissaient la méta-communication comme une communication portant sur les processus à l'œuvre dans une relation. À la suite des projets Vanderbilt I et II, Binder et Strupp (1997) ont souligné l'utilité de la méta-communication lorsque des interactions négatives se mettent en acte dans la dyade patient-thérapeute. La méta-communication diffère des interprétations sur le transfert, plutôt orientées vers l'intrapsychique, s'appuyant souvent sur une communication unidirectionnelle, ainsi que sur la prépondérance du fantasme dans le vécu du patient concernant la relation thérapeutique. La méta-communication vise plutôt l'examen et l'exploration de la mise en acte involontaire des schémas relationnels pathogènes du patient dans la relation thérapeutique (Binder & Strupp, 1997).

Cette intervention suggère une posture méta-affective et méta-cognitive de la part de celui qui la formule, c'est-à-dire une réflexion sur la relation, caractérisée par une prise de recul par

---

<sup>30</sup> Tel qu'un besoin de s'affirmer et une crainte simultanée d'être abandonné.

<sup>31</sup> Notion introduite par Gregory Bateson en 1935 et également travaillée par Paul Watzlawick.

rapport au contenu des échanges. Dans la construction des hypothèses cliniques qui permettent de formuler la méta-communication, une mise en comparaison est également faite entre les contenus verbaux et non-verbaux de la communication, de manière à juger de leur cohérence ou de leur discordance. À l'aide des indices provenant des différents canaux de la communication, il est considéré possible d'appréhender les fonctionnements et les attitudes implicites à l'œuvre dans la relation. Safran et Muran (2000) reprennent cette notion de méta-communication. Ils la décrivent comme une méthode d'observation, visant à construire des hypothèses cliniques autour des processus thérapeutiques implicites, à la manière des tenants de l'école de Palo Alto. Ces chercheurs proposent également une technique d'intervention fondée sur la méta-communication, dans laquelle le thérapeute est amené à formuler explicitement les interactions implicitement à l'œuvre dans la relation thérapeutique, dans le but d'ouvrir l'exploration autour des problèmes liés à l'alliance, de relancer cette dernière ainsi que le processus thérapeutique.

En suivant les principes de la méta-communication proposés par Safran et Muran (2000), le thérapeute est en mesure de verbaliser une hypothèse relationnelle qu'il pense proche de l'expérience du patient et de la lui proposer. A la différence d'une interprétation sur le transfert, la méta-communication implique que le thérapeute reconnaisse sa propre contribution à l'interaction et la verbalise au patient. C'est le cas dans l'exemple donné précédemment, où le thérapeute explicite sa participation de la manière suivante : « J'aurai tendance à vouloir vous devancer ». La méta-communication suppose donc que le thérapeute ait clarifié ses enjeux subjectifs, de manière à ne pas décharger ses affects dans l'espace thérapeutique. En effet, il ne s'agit pas de rendre le patient responsable de la tension présente dans l'alliance. Méta-communicer suppose également que le thérapeute prenne conscience des enjeux relationnels qui sous-tendent les échanges thérapeutiques, ce qui requiert une attention à ce qui se passe ici et maintenant. Enfin, Safran et Muran (2000) préconisent de méta-communicer en restant au plus près du vécu du patient concernant l'interaction thérapeutique, sans présupposer d'un élargissement des observations faites dans le cadre du lien thérapeutique aux relations de la vie du patient – sauf si ce dernier y voit un sens.

La méta-communication est présentée comme un moyen d'amener le patient à élaborer sur ce qui peut faire sens pour lui - ou ne pas faire sens - dans ce que le thérapeute explicite des processus relationnels implicites. Également, elle invite le patient à réfléchir aux situations et aux enjeux qui ont pu précipiter, pour lui, le mouvement négatif de l'alliance. Il importe alors

que le thérapeute reste attentif à l'anxiété et à l'évitement possible que l'échange autour de l'alliance peut susciter chez le patient. Le thérapeute est donc encouragé à se soucier des effets de la méta-communication, car si cette dernière est susceptible de relancer la coopération, elle peut parfois contribuer à la détériorer, en fonction du sens qu'elle prend pour le patient. Il est donc important que le psychothérapeute essaie de proposer une exploration de l'alliance telle qu'elle est vécue par le patient, plutôt que telle qu'elle semble se manifester. La méta-communication n'est pas une intervention strictement technique. En effet, elle demande une ouverture à l'échange et à la souffrance du patient. Elle suppose donc que le thérapeute se positionne humblement, en respectant l'auto-détermination du patient par rapport à sa propre vie (Safran & Muran, 2016 ; Safran & al., 2007). D'autres stratégies sont également utilisées pour intervenir sur l'alliance.

### **5.9.3. Utiliser des stratégies de réparation immédiates**

Certaines interventions visant à travailler l'alliance ne portent pas spécifiquement sur les processus thérapeutiques, mais permettent néanmoins au patient de se sentir considéré (Safran & Muran, 2006). Safran et Muran (2000) les désignent par l'expression « réparations immédiates » de l'alliance. Dans l'une d'entre elles, le psychothérapeute explique le rationnel d'une intervention, car le patient a manifesté un désaccord par rapport à cette dernière. Dans une autre, le thérapeute propose de modifier un objectif ou une tâche qui met le patient en tension. Le thérapeute peut également être amené à clarifier une incompréhension ou à s'excuser d'une erreur. Enfin, il peut favoriser l'exploration des thématiques relationnelles du patient dans le but de dénouer une difficulté dans le lien thérapeutique. En formation des psychologues, certaines de ces interventions sont couramment enseignées. Toutefois, l'effort de formalisation des chercheurs est à souligner.

Former les psychothérapeutes aux stratégies de maintien de l'alliance suscite un intérêt croissant chez les chercheurs (Crits-Christoph & al., 2006 ; Lambert & Barley, 2001). Certaines formations mettent l'accent sur le processus thérapeutiques et sur les interactions. D'autres proposent d'aider les psychothérapeutes à développer la conscience et la régulation de soi, de même que les capacités de régulation interpersonnelle. Un module de supervision centré sur l'alliance peut-il compléter la formation des thérapeutes ? Il s'agit ici de proposer aux jeunes thérapeutes un dispositif accessible, centré sur les processus relationnels, sur les interactions thérapeutiques et sur leur vécu propre de ces dernières. Il prend en compte les

subjectivités du patient et du thérapeute, leur lien intersubjectif, ainsi que leur influence mutuelle.

## **6. ALLIANCE ET FORMATION DES THÉRAPEUTES**

De manière à synthétiser la revue de la question, rappelons que sa première partie présentait les connaissances scientifiques, théoriques et techniques au sujet de l'évolution thérapeutique du patient et de l'alliance thérapeutique, en insistant sur les travaux issus du paradigme de recherche des facteurs communs en psychothérapie. Ce dernier souligne l'importance de la qualité de l'alliance pour l'évolution thérapeutique du patient. Les études dans le domaine montrent également que l'efficacité des techniques thérapeutiques s'inscrit dans un contexte relationnel. Si l'influence des processus interpersonnels en thérapie semble incontestable, il est néanmoins hasardeux de leur accorder toute la place dans la compréhension du progrès thérapeutique.

La revue de la question exposait également les assises théoriques de la thèse, dans le courant de l'intersubjectivité, avec une prise en compte de la singularité de chaque lien thérapeutique. Elle présentait la nécessité, pour le progrès thérapeutique du patient, d'une régulation affective du thérapeute, de même que d'un travail pour accorder les points de vue des acteurs de la relation thérapeutique. Les mécanismes qui sous-tendent le maintien et le développement de l'alliance ont donc été approfondis, de même que ceux qui expliquent les impasses et les situations conflictuelles en thérapie. Enfin, des stratégies d'intervention pour favoriser le maintien et le développement de l'alliance ont été présentées.

Les études conduites dans le monde anglo-saxon font apparaître un intérêt grandissant pour la formation des thérapeutes à l'alliance. Cette thèse propose donc d'interroger la pertinence d'un modèle de formation, sous forme de supervision centrée sur l'alliance, pour aider de jeunes thérapeutes à instaurer et à développer cette dernière. Il s'agit notamment de chercher à améliorer les capacités relationnelles du thérapeute soulignées par la revue de la question, qui permettent d'apparier l'intervention aux spécificités de la relation thérapeutique : la régulation affective du thérapeute, sa sensibilité aux fluctuations de l'alliance, de même que sa capacité à réguler les difficultés interpersonnelles en thérapie.

La formation des thérapeutes à l'alliance est un champ de recherche qui reste à développer en France. En effet, aucune étude ne s'est encore penchée ici sur la validation de ce type de

formation, ce qui est l'un des points d'intérêt du présent travail de thèse. Précédemment la nécessité de ne pas centrer les formations uniquement autour des connaissances théoriques et techniques a été argumentée, ce qui est donc pris en compte dans la construction du modèle de formation.

L'intérêt pour la formation des thérapeutes à l'alliance s'inscrit dans l'engagement professionnel de l'auteur de la thèse : enseignement en formation initiale des psychologues, formation continue des thérapeutes, supervision des thérapeutes et des équipes soignantes. Dans le cadre de ces activités, la population des jeunes praticiens était intéressée par le projet de recherche. Elle était également accessible.

Le prochain chapitre fait état des connaissances existantes autour de la formation des thérapeutes à l'alliance.

**2. FORMER LES JEUNES  
THÉRAPEUTES AUX CAPACITÉS  
RELATIONNELLES**



Le présent chapitre cherche à formaliser plus avant les capacités relationnelles à développer chez les thérapeutes pour les aider à installer le dispositif de soins dans un environnement intersubjectif fondé sur l'alliance. Il explore donc la sensibilité du thérapeute aux mouvements de l'interaction, sa régulation personnelle et interpersonnelle pendant les séances. Il présente également les principales connaissances scientifiques liées à la formation des thérapeutes à l'alliance. Enfin, des pistes sont proposées pour construire un modèle de supervision centré sur l'alliance. La réflexion autour de ce modèle donne une place importante à l'autodétermination de chaque thérapeute, ainsi qu'à sa connaissance spécifique du patient.

La construction d'un modèle de supervision peut s'avérer complexe, dans la mesure où elle doit prendre en compte des savoirs scientifiques, mais également considérer des dimensions pratiques qui ne relèvent pas uniquement de l'explicite. En effet, la spécificité de chaque lien thérapeutique fait en sorte que les savoirs au sujet de la relation avec le patient sont construits dans la pratique, où les interactions implicites prennent parfois le pas sur celles qui sont plus facilement observables.

D'autres défis sont également présents dans la construction de la supervision centrée sur l'alliance. D'abord, il s'agit de prendre en compte à la fois les aspects techniques et expérientiels du travail thérapeutique. La recherche d'un juste équilibre entre théorie et pratique constitue également un défi. Enfin, il semble crucial de s'extirper des tensions idéologiques liées aux approches thérapeutiques, pour adopter un langage accessible aux thérapeutes de différentes orientations.

## **1. LES CAPACITÉS RELATIONNELLES NÉCESSAIRES AU DÉVELOPPEMENT ET AU MAINTIEN DE L'ALLIANCE**

La construction d'une formation à l'alliance requiert de s'interroger sur les capacités que l'on cherche à développer chez les thérapeutes qui y participeront.

### **1.1. Les capacités relationnelles du thérapeute**

Avant de formaliser plus avant les capacités relationnelles du thérapeute qui sont importantes pour le maintien et pour le développement de l'alliance, il importe d'explicitier pourquoi l'expression « compétences relationnelles » ne sera pas utilisée dans cette étude. En effet, cette expression est fréquemment critiquée comme produit idéologique de l'individualisme libéral

et comme conception utilitariste de la relation à l'autre. Cette étude ne vise ni l'instrumentalisation de la relation thérapeutique au profit de l'atteinte d'objectifs et de résultats, ni l'objectivation potentielle du patient. La compétence du thérapeute ne constitue pas une fin en soi, qui répondrait à ses aspirations narcissiques. Il s'agit plutôt de développer sa capacité à s'ajuster aux mouvements de l'interaction thérapeutique, en appréhendant les difficultés et la subjectivité du patient, afin d'aider ce dernier au mieux. Également, le terme « capacité » paraît plus souple que celui de « compétence » - en adéquation avec le caractère mouvant de l'alliance et de la pratique professionnelle.

Dans le chapitre précédent de cette thèse, plusieurs capacités relationnelles du thérapeute ont été soulignées comme susceptibles de contribuer au développement et au maintien de l'alliance thérapeutique. Pour le thérapeute, il s'agit :

- 1) de repérer ses propres réactions subjectives, de les élaborer et de les utiliser dans l'intervention (Lecomte & al. 2004 ; Safran & Muran, 2000) ;
- 2) d'identifier les variations, les mouvements de l'alliance (Lecomte & al., 2004 ; Safran & Muran, 2000, 2016) ;
- 3) de tenter de s'apparier, de s'ajuster aux interactions thérapeutiques, notamment dans les moments difficiles (Lecomte, 2010 ; Norcross, 2010 ; Safran & Muran, 2000, 2016 ; Skovholt & Rønnestad, 2003).

### **1.1.1. La réflexivité du thérapeute**

Dans la mesure où les notions de régulation personnelle et interpersonnelle ont été abordées, la première partie de la thèse a commencé à explorer le lien entre capacités relationnelles et réflexivité du thérapeute.

La réflexivité est le processus par lequel le thérapeute prend « *son fonctionnement psychique comme objet d'attention et de réflexion* ». Il s'engage donc dans l'identification, la compréhension, ainsi que la régulation de ses propres émotions, de ses pensées et de ses actions (Lambooy, Blanchet & Lecomte, 2004). Les études associent la réflexivité du thérapeute à une alliance favorable à l'évolution thérapeutique du patient (Aron, 2000 ; Leahy, 2001 ; Haarhoff, 2006 ; Skovholt & Rønnestad, 2003). Pour Fonagy et al. (2005), la réflexivité est proche de la capacité à mentaliser les émotions. Beebe et Lachmann (2003)

précisent que le thérapeute réflexif se trouve dans une posture méta-affective et méta-cognitive qui le rend sensible aux variations de sa propre subjectivité, notamment à ses émotions, à ses croyances et à ses désirs. Il devient également plus attentif aux changements dans la subjectivité du patient, de même qu'aux dimensions implicites de la communication. Le thérapeute réflexif est donc engagé dans une régulation personnelle et interpersonnelle.

Concernant la régulation de la relation thérapeutique, plusieurs chercheurs considèrent que les interactions implicites influencent les émotions du patient et du thérapeute. Par exemple, elles agissent sur le sentiment d'être reconnu, d'être compétent, ou encore d'être en sécurité dans la relation (Beebe & Lachmann, 2003 ; Stolorow & Atwood, 1992). Prenant conscience de ces émotions pour lui-même comme pour le patient, le thérapeute réflexif est en mesure d'analyser les sources de son propre désengagement affectif et de ses résistances, de même que celles du patient. Il peut alors utiliser les difficultés présentes dans l'alliance pour faire avancer le travail thérapeutique, en aidant le patient à leur donner du sens (Lecomte, 2010 ; Lecomte & al., 2004).

Lecomte (2010) désigne par l'expression « réflexion-en-action » la capacité méta-affective et méta-cognitive du thérapeute à porter simultanément attention à ses propres réactions affectives, à celles du patient, ainsi qu'aux variations de la relation thérapeutique. Le thérapeute est alors positionné à la fois comme sujet, comme personne en relation avec le patient et comme observateur de l'interaction. Les indicateurs de la communication qui lui permettent de comprendre le patient et la relation thérapeutique proviennent de sa propre expérience subjective – de ses pensées, de ses émotions, de ses sensations - ainsi que des manifestations verbales et non-verbales qui se déploient dans l'interaction (Aron, 2000 ; Safran & Muran, 2000 ; Schön, 1994). La réflexion-en-action du thérapeute implique une pensée en mouvement, particulière à chaque relation thérapeutique. Elle met en dialogue les savoirs théoriques et techniques, avec ceux qui proviennent de l'expérience explicite et implicite de la relation (Galvani, 2008).

Dans l'action, le thérapeute réflexif ajuste donc ses interventions aux mouvements positifs et négatifs de l'alliance thérapeutique. Il formule des interventions autour des processus thérapeutiques (Argyris & Schön, 1999 ; Lecomte & al., 2004 ; Safran & Muran, 2000, 2016). Il porte attention aux indicateurs de la communication qui permettent de comprendre ce qui a précipité les mouvements négatifs de l'alliance chez le patient (Safran & al., 2007). Safran et

Muran (2000) choisissent l'expression « *mindfulness*<sup>32</sup> en action » plutôt que celle de « réflexion-en-action ». Dans la présente étude, la seconde expression sera préférée pour son caractère plus expérientiel.

Malgré ses efforts de réflexivité, dans les moments difficiles avec le patient, le thérapeute peut se sentir envahi par les émotions négatives, comme l'impuissance, la confusion ou encore l'impatience. Il devient alors centré sur sa propre subjectivité, n'arrive plus à être en résonance affective<sup>33</sup> avec la souffrance du patient et à utiliser son expérience affective pour favoriser le travail thérapeutique (Lecomte, 2010 ; Stiles, Honos-Webb & Surko, 1998). Il risque alors d'adopter, plus ou moins consciemment, des postures défensives et de contribuer aux mouvements négatifs de l'alliance (Lecomte & al., 2004 ; Safran & al., 2007). Des études indiquent que face à la souffrance à laquelle ils sont confrontés dans leur travail, les professionnels hospitaliers utilisent des mécanismes de défense, comme l'intellectualisation, la rationalisation ou le déplacement (Bernard, De Roten & al., 2012 ; Valloton, De Roten & Despland, 2014). L'élucidation des mécanismes de défense névrotiques et des émotions qui les sous-tendent permet au thérapeute de réinvestir sa propre subjectivité et de redevenir disponible pour le patient sur le plan affectif (Safran & al., 2007 ; Marc, 2009). En étant plus à l'écoute de ce qui se passe en lui, sans juger sa propre expérience, le thérapeute se décentre de l'échange immédiat. Il devient plus à même d'aider le patient à explorer et à donner du sens aux moments difficiles qui surviennent en thérapie (Lecomte, 1999).

Certaines interactions thérapeutiques difficiles mobilisent des fonctionnements défensifs problématiques chez les thérapeutes, tels que le déni, le clivage, ou encore la projection. Vaillant (1993) souligne le caractère immature et rigide de ces mécanismes de défense. Ils peuvent mettre l'alliance thérapeutique en péril, car ils font obstacle à la prise de conscience des émotions du thérapeute. Le risque de mise en actes<sup>34</sup> des affects du thérapeute dans l'interaction thérapeutique devient alors important. Le thérapeute peut notamment blâmer le patient pour les difficultés rencontrées dans le suivi. Dans ces moments difficiles, où le thérapeute échoue à réguler sa propre subjectivité, ce dernier éprouve souvent des affects difficiles, comme la honte, la culpabilité, un sentiment d'incompétence, de la frustration, ou encore le sentiment d'être inhibé (Leahy, 2001 ; Lecomte, 2010, 2012). L'importance du

---

<sup>32</sup> Aussi appelée « pleine conscience » : état de conscience qui résulte du fait de porter son attention, intentionnellement, au moment présent, sans juger, sur l'expérience qui se déploie moment après moment (Kabat-Zinn, 2003).

<sup>33</sup> Aussi désignée par l'expression « *emotional responsiveness* » dans les études anglo-saxonnes.

<sup>34</sup> *Acting out* thérapeutiques.

travail d'élucidation de ses propres réactions par le thérapeute pour le processus thérapeutique est aujourd'hui reconnue par la majorité des approches thérapeutiques (Haarhoff, 2006 ; Hayes, Gelso & Hummel, 2011).

Jennings et Skovholt (1999) ont montré que les thérapeutes jugés efficaces par leurs pairs sont réflexifs, non défensifs et ouverts à la rétroaction du patient. La capacité du thérapeute à solliciter le feed-back du patient est d'ailleurs signe de réflexivité et lui permet d'ajuster son positionnement dans l'interaction thérapeutique (Lecomte, 2010 ; Skovholt & Rønnestad, 2003). Dans la même optique, Duncan, Miller et Sparks (2004) proposent un outil permettant d'obtenir un feed-back régulier de la part du patient : l'Échelle d'évaluation de la séance (cf. Annexe 1). Cet outil permet au patient de coter sa perception de la relation, des objectifs de travail, des sujets abordés en séances, de l'approche thérapeutique, ainsi que des méthodes de travail utilisées. Il permet donc une évaluation globale du processus thérapeutique. Les auteurs proposent de l'utiliser à la fin de chaque séance. Ils pensent qu'il peut permettre au thérapeute de rester présent au vécu du patient par rapport à l'alliance et à la psychothérapie. Le contenu de cet outil semble intéressant à proposer à des thérapeutes en formation, afin de développer leur capacité d'attention aux besoins et aux souhaits du patient, notamment en ce qui concerne l'alliance et le travail thérapeutiques. En effet, des études ont souligné que le feed-back du patient permet de renforcer la coopération entre les acteurs de la relation et de soutenir l'évolution thérapeutique (Duncan & al., 2004). Certains chercheurs pensent même que pour maintenir et développer l'alliance, le thérapeute doit communiquer avec le patient lors de chaque séance à propos du travail réalisé en commun, ainsi que de la relation thérapeutique. Cette communication est susceptible de permettre au thérapeute de rester attentif au niveau d'engagement et à la résistance du patient, ainsi qu'à la cohérence entre les objectifs thérapeutiques et le travail qui est fait en séances (Hatcher & Barends, 2006 ; Horvath & Luborsky, 1993).

Pour Lecomte (2012), développer les capacités réflexives des thérapeutes est au cœur d'un parcours professionnel qui amène le thérapeute à intégrer des savoirs théoriques, techniques et l'expérience pratique. Le thérapeute doit réfléchir à des moyens de développer sa réflexivité tout au long de sa carrière professionnelle.

### **1.1.2. Des objectifs de formation à l'alliance**

Dans la suite de ce qui a été exposé au sujet de la réflexivité, il est possible d'identifier deux types de capacités relationnelles des thérapeutes centrales au maintien et au développement de l'alliance :

- *La conscience réflexive de soi, dont découle l'autorégulation des réactions subjectives du thérapeute.* Cette capacité peut se décliner en différents savoirs : prendre du recul pour identifier et pour réguler ses émotions ; reconnaître sa contribution propre à l'interaction thérapeutique ; utiliser ses réactions subjectives dans le travail thérapeutique, par exemple, pour manifester sa résonance affective au patient ;
- *La réflexion-en-action.* De cette capacité se déclinent les savoirs suivants : tenir compte de l'évolution des interactions thérapeutiques et s'y adapter, en fonction d'indicateurs internes et externes, ainsi que du feed-back du patient.

Pour construire une formation qui vise à développer et à maintenir l'alliance en tenant compte de ses variations, deux niveaux de réflexivité sont donc à prendre en compte : la conscience réflexive de soi, ainsi que la réflexion-en-action (Cyr, Lecomte, Perron & Alain, 1989 ; Henry & al., 1993 ; Lecomte & al., 2004). La régulation des réactions du thérapeute et de l'interaction thérapeutique semble donc exiger à la fois un travail de réflexivité entre les entretiens, ainsi qu'un effort de réflexivité-en-action pendant les séances (Beebe & Lachmann, 2003).

## **2. FORMER LES THÉRAPEUTES À L'ALLIANCE**

Il existe trois moyens susceptibles de permettre au thérapeute de développer sa réflexivité et ses capacités relationnelles : la thérapie personnelle, la supervision et l'expérience professionnelle (Gelso & Hayes 2007 ; Skovholt & Rønnestad, 2003).

### **2.1. La thérapie personnelle pour développer les capacités relationnelles du thérapeute**

Pour Skovholt et Rønnestad (2003), les capacités relationnelles des thérapeutes sont liées à leur histoire personnelle et à leur développement. La première ne peut être modifiée, mais le thérapeute peut faire un travail de développement personnel. D'ailleurs, dès le début du XXe siècle, les psychanalystes ont été encouragés à s'engager dans une analyse personnelle pour

étayer leurs pratiques. Sous forme de psychothérapie ou d'analyse, la démarche personnelle est souvent considérée comme un moyen, pour les thérapeutes, de repérer les effets de leurs enjeux subjectifs sur la relation thérapeutique, en favorisant également la prise de recul et l'autorégulation affective. Plusieurs chercheurs estiment que la thérapie personnelle aide les thérapeutes à se recentrer sur les patients (Skovholt & Rønnestad, 2003 ; Tansey & Burke, 1989).

La psychothérapie personnelle peut également permettre au thérapeute de distinguer les réactions subjectives liées à son propre vécu de celles qui viennent de l'interaction avec le patient, permettant ainsi de différencier les contre-transferts « pathogène » et « objectif ». De plus, la psychothérapie personnelle peut aider le thérapeute à ne pas confondre sa propre subjectivité avec celle du patient, à rester attentif de l'expérience de l'autre et à y résonner sur le plan affectif. L'écoute approfondie de l'expérience affective du patient favorise la prise de conscience de ses enjeux personnels et de ses problématiques relationnelles<sup>35</sup> (Safran & al., 2007). En permettant au thérapeute d'accepter sa propre subjectivité et d'élucider sa participation à l'interaction thérapeutique, la thérapie personnelle peut également l'aider à réguler l'interaction thérapeutique, voire à éviter la mise en acte de sa subjectivité dans le lien thérapeutique, comme par exemple, l'agressivité envers le patient (Safran & al., 2007). Enfin, un travail personnel peut s'avérer important pour aider le thérapeute à comprendre l'expérience d'être patient, puisqu'il le devient alors lui-même.

Plusieurs chercheurs considèrent que la réflexivité et la capacité d'auto-régulation affective du thérapeute sont centrales au processus thérapeutique et qu'elles peuvent être favorisées par la thérapie personnelle (Lecomte, 2010 ; Skovholt & Rønnestad, 2003). Les études confirment l'importance, pour les jeunes psychothérapeutes, de s'engager dans cette démarche, car elle leur permet de développer une connaissance d'eux-mêmes et d'apprendre à réguler leurs émotions (Norcross & al., 2005 ; Orlinsky, Schofield & al., 2011 ; Skovholt & Rønnestad, 2003). Pour Skovholt et Rønnestad (2003), les psychothérapeutes novices éprouvent généralement plus de difficultés à réguler leurs émotions que ceux qui sont expérimentés. Ils s'inquiètent également davantage de leurs performances. Ils ont aussi plus de mal à départager leur vécu subjectif de ce qui appartient à l'expérience subjective du patient. Safran et al. (2007) soulignent que les tensions relationnelles avec le patient mettent les jeunes thérapeutes en insécurité et tendent à fragiliser leur confiance professionnelle. Pour Skovholt et

---

<sup>35</sup> Dans l'intersubjectivité, cette conscience émotionnelle est désignée par l'expression *emotional awareness*.

Rønnestad (2003), les psychothérapeutes expérimentés sont plus habiles pour réguler leurs émotions négatives que ceux qui sont novices. Ils se représentent la complexité des subjectivités et des interactions, se montrent plus humbles, mais aussi plus confiants que les jeunes psychothérapeutes. Il serait également intéressant de connaître les similitudes et les différences entre thérapeutes novices et expérimentés concernant la sensibilité aux variations de l'alliance, ce qui est exploré dans la présente étude. Cela étant, l'expérience professionnelle n'est pas toujours garante de la régulation des émotions du thérapeute. Elle ne le soustrait pas nécessairement aux difficultés liées à l'interaction thérapeutique. Les thérapeutes expérimentés peuvent également se trouver en difficultés, notamment lors des interactions thérapeutiques complexes, comme par exemple, lorsqu'ils travaillent avec un patient souffrant d'un trouble de la personnalité.

## **2.2. La supervision pour développer les capacités relationnelles du thérapeute**

Si la thérapie personnelle soutient la réflexivité du thérapeute ainsi que le processus thérapeutique, plusieurs chercheurs pensent qu'il en est de même pour la supervision (Lecomte, 2010 ; Skovholt & Rønnestad, 2003). Cette démarche permet notamment au jeune thérapeute de se connaître et de réguler ses émotions (Norcross & al., 2005 ; Orlinsky & al., 2011 ; Skovholt & Rønnestad, 2003).

La supervision a d'abord été pratiquée en psychiatrie au XIXe siècle, puis en psychanalyse au XXe siècle (Poirier, 2006). Elle occupe une place importante dans la formation des professionnels de la relation d'aide (Bernard & Goodyear, 2014). Aujourd'hui, les grandes disciplines de la santé mentale bénéficient de dispositifs de supervision dans le cadre des stages, des internats, voire de la formation continue (Bernard & Goodyear, 2014). Plusieurs chercheurs la considèrent comme le dispositif de formation le plus important pour soutenir l'apprentissage du métier dans les programmes universitaires liés à la psychothérapie (Lambert & Ogles, 1997 ; Newman & Lovell, 1993).

Dès les années 1920, la supervision était désignée par l'expression « analyse de contrôle ». Elle était préconisée pour étayer la conduite des cures analytiques. Par la suite, elle a été critiquée, notamment en raison de son utilisation par le superviseur pour évaluer la pertinence de l'intégration du supervisé à un institut de psychanalyse (Delourme & Marc, 2011). L'analyse de contrôle semble également se fonder sur un modèle de relation maître-disciple, aujourd'hui souvent perçu comme paternaliste (Milne, 2009). Sous l'influence des Anglo-



saxons, l'expression a donc été remplacée par celle de « supervision » (Delourme & Marc, 2011). Cette dernière est fortement recommandée aux psychothérapeutes pour soutenir l'amélioration de leurs pratiques, ainsi que le développement de leurs capacités professionnelles, notamment celles qui sont liées à l'alliance thérapeutique (Bernard & Goodyear, 2014 ; Carroll, 1996, 2007).

Pour Bernard et Goodyear (2014), la supervision est une intervention, animée par un psychothérapeute senior, auprès d'autres membres<sup>36</sup> de la même profession<sup>37</sup>. Elle a pour objectif de favoriser le développement professionnel du psychothérapeute, en aidant ce dernier à diminuer son anxiété de performance, à renforcer son sentiment d'efficacité, son identité professionnelle, ainsi que son autonomie professionnelle (Bernard & Goodyear, 2014). La supervision vise également à améliorer et à protéger le bien-être du patient, en aidant le thérapeute à assumer sa responsabilité professionnelle et à prendre du recul par rapport à son travail. Elle permet une réflexion sur sa pratique, sur son rôle et sur ses interventions (Bernard & Goodyear, 2014 ; Milne, 2009). Il s'agit d'un processus expérientiel suscitant quatre modalités d'apprentissage : la réflexion, la conceptualisation, la planification et l'expérience concrète (Milne, 2009).

La supervision aide le psychothérapeute à améliorer son fonctionnement professionnel, à développer ses connaissances et ses compétences théoriques, techniques, méthodologiques et déontologiques. Elle favorise également l'intégration des savoirs théoriques et pratiques (Marc, 2009 ; Falender, Erickson Cornish, & al., 2004). Elle soutient la qualité des services professionnels rendus aux patients et l'atteinte de résultats thérapeutiques (Bernard & Goodyear, 2014 ; Falender & Shafranske, 2004 ; Marc, 2009). Cependant, ce dernier point suscite la controverse. Pour certains chercheurs, la supervision fonctionne, alors que pour d'autres, elle ne soutiendrait que faiblement l'atteinte de résultats thérapeutiques (Ladany & Inman, 2012 ; Reese, Usher & al., 2009).

Compte tenu de la variété des modèles de supervision existants, il n'est pas simple d'étudier l'efficacité de cette dernière. Dans une étude récente incluant 128 participants, Ladany, Mori et Mehr (2013) ont exploré le vécu de thérapeutes, pour la plupart diplômés, avec le « meilleur » et le « pire » superviseur qu'ils ont eu, en termes de compétences, de connaissances techniques et de comportements professionnels. Les sujets ont rempli un

---

<sup>36</sup> Plus novices ou pas.

<sup>37</sup> Elle peut aussi être exercée auprès d'autres professionnels du soin.

questionnaire à ce sujet, de même que plusieurs échelles de mesure : le *Working Alliance Inventory, short, for supervision*, le *Supervisory Styles Inventory*, le *Supervisor Self-Disclosure Index*, le *Trainee Disclosure Scale* et le *Evaluation Process Within Supervision Inventory*<sup>38</sup>. Les chercheurs ont trouvé des différences significatives entre les comportements rapportés par les participants à propos des « meilleurs » et des « pires » superviseurs. Dans les représentations des sujets, les « meilleurs » superviseurs renforçaient la relation en nouant un lien affectif solide, en se dévoilant d'une manière opportune concernant leur expérience professionnelle et en facilitant le dévoilement des supervisés. Ils étaient également plus efficaces que les « pires » superviseurs quand il s'agissait de fixer des objectifs de travail et de donner du feed-back sur l'intervention. Les « meilleurs » superviseurs avaient donc la capacité à favoriser un travail sur les deux dimensions de l'alliance de supervision : affective et de travail. Les sujets de l'étude jugeaient également que les « pires » superviseurs se montraient plus critiques face aux supervisés, avaient davantage tendance à intervenir d'une manière qui affaiblissait le lien de supervision, ainsi qu'à mal conceptualiser la situation du patient et le traitement.

Malgré de probables différences d'efficacité entre les superviseurs, la supervision est souvent considérée comme garante de services professionnels de qualité. Bernard et Goodyear (2014) estiment qu'elle contribue à la compétence du thérapeute et au bien-être des patients. En fonction des approches thérapeutiques, le travail sur l'alliance prend une place plus ou moins importante en supervision. Lorsqu'elle est centrée sur des dimensions relationnelles ou contre-transférentielles, cette dernière ne s'intéresse aux problématiques personnelles du psychothérapeute que si elles influencent le processus thérapeutique (Marc, 2009). Aujourd'hui, la nécessité de bien différencier la supervision de la psychothérapie est reconnue. Pour ce faire, le superviseur doit pouvoir identifier des objectifs et des méthodes d'apprentissage avec le supervisé (Marc, 2009). La supervision comporte souvent une dimension évaluative plus ou moins formelle. Pour Milne (2009), malgré son importance dans la formation des psychothérapeutes et pour la sécurité du public, il s'agit d'un sujet de recherche encore relativement négligé.

Certaines études ont indiqué que la supervision soutient l'évolution thérapeutique du patient (Kavanagh & al., 2003 ; Milne, 2009 ; Patton & Kivlighan, 1997). Pour quelles raisons ?

---

<sup>38</sup> L'Inventaire d'alliance de travail, court pour la supervision ; l'Inventaire des Style de Supervision ; le Répertoire d'auto-dévoilement du superviseur ; l'Échelle de dévoilement du participant en formation ; L'Inventaire du processus d'évaluation en supervision.

D'abord, la supervision constitue un soutien face à des pratiques souvent difficiles, comme par exemple, quand le patient présente un risque suicidaire (Poirier, 2006). La supervision aide également les thérapeutes lorsqu'ils sont confrontés à leur propre résistance psychique, voire à des impasses thérapeutiques (Lecomte, 1999, 2012 ; Marc, 2009 ; Ouellet & Drouin, 2012). Elle invite également le thérapeute à prendre conscience de ses propres enjeux dans le processus thérapeutique et à reconnaître sa contribution à la relation thérapeutique (Marc, 2009 ; Nasio, 2011, In Delourme & Marc). Elle aide le thérapeute à réguler certains vécus pénibles ressentis lors des interactions avec le patient, voire elle lui apprend à les utiliser pour intervenir (Lecomte, 1999). Elle permet au thérapeute de se rendre compte de l'importance de son bien-être personnel et de ses besoins pour aider les patients en psychothérapie (Marc, 2009 ; Nasio, 2011, In Delourme & Marc). Enfin, la supervision favorise également la continuité du parcours professionnel et rehausse la satisfaction professionnelle (Milne, 2009).

La supervision dite « directive » incite le thérapeute à adopter l'approche du superviseur, alors que la supervision dite « facilitante » l'aide à développer ses propres méthodes de résolution de problèmes, sa pensée critique et son sentiment de compétence (Eshel & Koriat, 2001). La supervision « directive » relève d'une perspective monologique, où le savoir est considéré comme étant transmis dans une relation d'autorité hiérarchique. La supervision « facilitante » s'inscrit dans un point de vue dialogique, où les interactions avec le superviseur transforment le praticien, tout en encourageant sa pensée critique. Le thérapeute construit alors ses propres réponses aux situations professionnelles (Bakhtin, 1981). Dans la pratique, il est possible qu'il y ait fréquemment une alternance entre les perspectives « directive » et « facilitante » dans une même relation de supervision. Néanmoins, dans cette étude, le point de vue facilitant sera privilégié, en donnant un rôle actif au supervisé.

Dans la présente étude, la relation supervisés-superviseur occupe une place aussi importante que la dimension didactique, de manière à aider les thérapeutes à s'ouvrir concernant les difficultés qu'ils rencontrent dans leurs pratiques (Poirier, 2006). En effet, la supervision qui vise le développement des capacités relationnelles du psychothérapeute ne se centre pas sur une gestion des cas, où le superviseur conseille le supervisé au sujet de ce qu'il faut faire (Friedlander, 2012). Il ne s'agit pas de présenter un modèle de savoir-faire à suivre, mais plutôt de faire réfléchir le thérapeute à ses postures relationnelles. Par exemple, lorsque le superviseur participe aux jeux de rôle, la visée n'est pas tant de montrer quoi faire, que de permettre aux supervisés de se rendre compte que le superviseur n'est pas parfait, qu'il peut,

lui aussi, rencontrer des difficultés dans ses relations avec les patients. Dans ces moments, il peut également être pertinent que le superviseur parle de son expérience subjective aux supervisés, notamment pour favoriser une réflexion collective au sujet de l'intervention (Safran & al., 2014). Dans la présente étude, la supervision centrée sur l'alliance vise essentiellement à développer les capacités relationnelles des thérapeutes. Elle tient donc compte de la relation de supervision dans le travail qui vise à développer la capacité des thérapeutes à installer le dispositif de soins dans un environnement intersubjectif fondé sur l'alliance.

### **2.3. La centralité de l'alliance de supervision**

L'alliance de supervision peut être considérée comme le lien affectif entre supervisé et superviseur, ainsi que le sentiment de travailler dans une même direction (Bordin, 1979, 1983). Elle est aujourd'hui considérée comme un ingrédient central à la supervision (Ladany, Friedlander & Nelson, 2005 ; Ladany, Walker & Melincoff, 2001). En effet, plusieurs chercheurs soulignent que la qualité de l'alliance de supervision influence non seulement la satisfaction du supervisé, mais aussi l'alliance thérapeutique avec ses patients (Patton & Kivlighan, 1997 ; Tracey, Bludworth & Glidden-Tracey, 2012). Pour Kavanagh et al. (2003), la relation de confiance avec le superviseur, ainsi que le sentiment d'aller dans une même direction aide non seulement le thérapeute à apaiser ses craintes, mais aussi à obtenir de meilleurs résultats thérapeutiques. Selon Milne (2009), une bonne alliance de supervision permet le développement de la compétence professionnelle. Également, elle aide le supervisé à s'ouvrir plus aisément de ses questionnements professionnels, de ses interrogations concernant la supervision, de même que de sa relation avec le superviseur (Webb & Wheeler, 1998). Selon Mehr, Ladany et Caskie (2010), chez le supervisé, la perception d'une alliance de supervision élevée est associée à son dévoilement, ainsi qu'à un faible niveau d'anxiété pendant les séances de supervision.

Pour Falender et al. (2004), maintenir et développer l'alliance de supervision constitue une capacité importante du superviseur. Pour ce faire, il semble important d'adopter des attitudes relationnelles positives, comme l'empathie, le respect, ou encore la collégialité. En supervision, les discussions ouvertes autour des désaccords, ou encore l'encouragement des initiatives du supervisé signent l'intérêt du superviseur à maintenir l'entente avec le supervisé concernant les tâches et les objectifs de leur travail commun (Mehr, Ladany & Caskie, 2015). Enfin, selon Mehr et al. (2015), il est utile de parler des aspects de la supervision susceptibles

de provoquer de l'anxiété, de l'inquiétude chez le supervisé, de manière à créer une atmosphère ouverte et soutenante. La réflexivité du superviseur lui permet d'identifier les situations relationnelles et de groupe qui bloquent l'apprentissage des psychothérapeutes.

Certaines études soulignent que peu de psychothérapeutes font appel à la supervision quand ils se sentent en difficultés (APA, 2010 ; Guy & Liaboe, 1985 ; Lecomte, 2012). Parmi les raisons évoquées, on retrouve les suivantes : les contraintes de temps et d'argent, l'inquiétude autour du maintien du secret professionnel, ne connaître aucune personne de confiance à contacter, ou encore la honte d'être en difficultés (APA, 2010 ; Lecomte, 2012). Pour Lecomte (1999, 2010), l'expérience de la honte est fréquente chez les psychothérapeutes. Ils ont souvent peur de se tromper et d'être jugés (Walsh, Gillespie & al., 2003). La supervision suscite donc des inquiétudes significatives chez les psychothérapeutes (Lecomte, 2012). Parmi elles, on retrouve : la préoccupation au sujet de la compétence professionnelle, celle qui concerne la dimension évaluative de la supervision, ou encore l'incertitude quant à la possibilité que la supervision puisse vraiment permettre au thérapeute d'améliorer sa pratique (Mehr, Ladany & Caskie, 2015). Plusieurs chercheurs estiment que la gestion des différentes sources d'anxiété du supervisé est une tâche essentielle du superviseur (Frantz, 1992 ; Mehr, Ladany & Caskie, 2015). En effet, l'anxiété peut faire obstacle à l'apprentissage, dans la mesure où elle amoindrit la capacité du supervisé à approfondir les difficultés rencontrées en thérapie avec ses patients, de même que dans la relation de supervision (Bernard & Goodyear, 2014 ; Ladany, Friedlander & Nelson, 2005 ; Mehr, Ladany & Caskie, 2015).

Contre la vulnérabilité, le positionnement défensif est probable en supervision. Le thérapeute peut se protéger narcissiquement en n'évoquant que les interactions thérapeutiques positives, en cachant ses limites, ou encore en ne dévoilant pas les informations importantes (Ladany, Hill & al., 1996 ; Liddle, 1986 ; Mehr, Ladany & Caskie, 2015). En effet, 97% des supervisés en psychologie clinique cachent des aspects significatifs de leur travail à leur superviseur (Ladany & Bradley, 2010 ; Lecomte, 2010). Les sujets qui font notamment l'objet de dissimulation de la part des psychothérapeutes sont les enjeux liés à la supervision en elle-même, les problèmes cliniques, ainsi que les préoccupations personnelles du thérapeute (Mehr, Ladany & Caskie, 2015). Ne pas avoir recours à la supervision peut constituer un évitement visant à protéger son narcissisme. Si cette esquive paraît délétère, elle peut notamment s'expliquer par le fait que 50% des psychothérapeutes ont vécu des relations difficiles en supervision pendant leurs années de formation initiale (Ellis, Berger & al., 2014).

En formation continue, le chiffre grimperait à 75% (Ellis, 2001, 2010 ; Lecomte, 2010). D'autres études indiquent que de nombreux supervisés estiment que leur superviseur leur nuit (Gray, Ladany & al., 2001 ; Nelson & Friedlander, 2001).

Un problème de compétence des superviseurs est également à considérer. En effet, Lecomte (2010) souligne que très peu de superviseurs - entre 10 et 15% - ont suivi une formation sur le sujet (Ellis & al., 2014 ; Scott, Ingram & al., 2000). Pourtant, la supervision constitue une compétence spécifique, nécessitant une formation continue (Falender & al., 2004). De plus, la supervision est une pratique complexe. Elle repose sur plusieurs modes de transmission. Parmi eux, la transmission directe, par le biais d'enseignements théoriques et techniques. La transmission peut également être indirecte, comme par exemple, quand le superviseur est pris pour modèle. Enfin, elle comporte une dimension relationnelle, puisque le lien de supervision sert de médiateur à l'apprentissage (Friedlander, 2012 ; Marc, 2009). Un thérapeute compétent n'est donc pas automatiquement habilité à faire de la supervision. L'insuffisance de formation des superviseurs peut même donner lieu à des écueils, comme la confusion entre psychothérapie et supervision (Marc, 2009). Friedlander (2012) estime également que le superviseur ne doit pas sous-estimer son pouvoir d'influence. Il gagne aussi à avoir conscience de la nécessité de proposer un cadre fiable et sécurisant pour permettre au thérapeute d'exprimer ses doutes et ses peurs. La clarté et le maintien des limites sont importants pour l'alliance de supervision.

La supervision étant un processus d'apprentissage ancré dans une relation interpersonnelle dynamique, l'alliance de supervision – tout comme l'alliance thérapeutique – subit des variations, tant sur le plan du lien affectif, que de celui de l'entente autour des objectifs et des tâches d'apprentissage (Ladany & al., 2005 ; Safran & Muran, 2000). La qualité de la relation de supervision est cruciale. Il est notamment important que le superviseur soit capable de résonner aux besoins affectifs du supervisé et de négocier les mouvements de l'alliance avec ce dernier (Ladany & al., 2005 ; Lecomte, 2012 ; Friedlander, 2012). Safran et al. (2007) soulignent donc la nécessité pour le superviseur de réguler l'alliance de supervision. Ce travail permet ensuite de la positionner au second plan, pour laisser la place aux préoccupations et aux questionnements du thérapeute concernant les suivis thérapeutiques.

Lorsque des tensions émergent en supervision, l'exploration de la relation devient une priorité. En travaillant les impasses relationnelles avec leur superviseur, les psychothérapeutes font eux-mêmes l'expérience de ce que peut constituer ce travail avec le patient. Pour Safran et al.

(2007), ces expériences peuvent donc être utilisées de façon didactique. En étant à l'écoute de la manière dont les besoins du supervisé évoluent, notamment du point de vue de la relation de supervision, des objectifs, ou des tâches, le superviseur lui enseigne aussi à identifier et à réguler les moments de tension en thérapie (Friedlander, 2012 ; Safran & al., 2007). En supervision, les mouvements négatifs de l'alliance se manifestent plus fréquemment par des réactions de retrait émotionnel que par la confrontation directe (Friedlander, 2012). Lorsque des contradictions internes apparaissent chez le supervisé, par exemple, entre le besoin d'apprendre et celui de maintenir son autonomie, le superviseur gagne à rester attentif à leur équilibre et à favoriser leur exploration (Lecomte, 2010 ; Safran & al., 2007). En supervision, ne pas respecter le rythme du supervisé peut contribuer à l'apparition d'un mouvement négatif de l'alliance. Néanmoins, il n'est pas toujours facile pour le superviseur de trouver un juste milieu entre la nécessité éthique qui consiste à promouvoir le bien-être du patient et celle qui consiste à soutenir le développement du thérapeute (Falender & Shafranske, 2004). Plusieurs chercheurs pensent que pour maintenir l'alliance de supervision, le superviseur doit prendre en compte les acquis du psychothérapeute, sa connaissance spécifique de l'interaction avec le patient, de même que sa capacité à formuler ses propres solutions (Lecomte, 2010 ; Safran & al., 2007). Safran et al. (2007) soulignent que pour développer l'alliance de supervision, le superviseur devrait laisser le thérapeute choisir les sujets qu'il souhaite travailler, ce qui permettrait une meilleure entente autour des objectifs de travail.

Quand l'alliance de supervision se détériore, le supervisé se sent souvent jugé. Il est alors plus enclin à poser un regard sévère sur lui-même, ce qui peut également avoir des répercussions négatives sur les processus thérapeutiques avec ses patients (Safran & Muran, 2000). La supervision comporte des enjeux affectifs, narcissiques et identitaires - a fortiori pour les jeunes psychothérapeutes (Skovholt & Rønnestad, 2003). Le superviseur peut intimider, en tant que détenteur d'un savoir et d'une autorité que ce savoir lui confère. Il peut même être vécu d'une manière (quasi) transférentielle comme le *sujet supposé savoir* (mieux) que le supervisé, alors qu'une seule réponse à une situation professionnelle est impossible en psychothérapie (Lacan, 1973). Aujourd'hui, quelle que soit l'orientation, il est souvent préconisé de se montrer empathique et respectueux à l'endroit du supervisé, en s'éloignant d'un style de supervision autoritaire et dogmatique (Milne, 2009).

Développer l'alliance de supervision peut donc favoriser l'ouverture du supervisé. Néanmoins, pour Lecomte (2012), investir l'espace de supervision de manière authentique reste souvent

difficile. Le psychothérapeute peut avoir tendance à chercher la confirmation d'une certaine image de lui-même. L'attention du superviseur à ce qui se passe dans l'alliance de supervision - en reconnaissant sa propre contribution et en restant ouvert - peut permettre de dénouer ces enjeux (Safran & al., 2007). A contrario, un superviseur sur la défensive peut insister de manière intempestive pour faire un parallèle entre l'impasse en supervision et celle qui se déroule dans le processus thérapeutique du supervisé avec le patient (Safran & al., 2007). Pour Lecomte (2010), la réflexivité du superviseur lui permet de rester ouvert à son propre vécu et à celui du supervisé.

#### **2.4. La supervision pour soutenir l'alliance thérapeutique**

La supervision joue un rôle important pour aider le psychothérapeute à prendre du recul et à penser les interactions complexes rencontrées en thérapie, particulièrement en début de pratique (Bessette, 2012 ; Normandin & Bouchard, 1993).

La supervision qui met l'emphase sur le développement des capacités relationnelles fait réfléchir le psychothérapeute au sens que prennent les interactions thérapeutiques pour le patient. Les mécanismes défensifs de ce dernier ne sont alors pas considérés comme des résistances (Lecomte, 2010, 2012 ; Safran & Muran, 2000, 2006 ; Safran & al., 2007). Ils sont plutôt à envisager comme des moyens dont le sujet use, plus ou moins consciemment, pour se protéger sa cohésion intérieure des affects menaçants. Lorsque le patient se sent déstabilisé, des mises en actes sont présentes dans la relation thérapeutique, telles que la confrontation, ou encore le retrait (Lecomte, 2010 ; Safran & Muran, 2000). La supervision aide alors le psychothérapeute à réguler les émotions liées aux interactions thérapeutiques difficiles. Elle l'aide également à en faire sens avec le patient. Néanmoins, ce type d'interactions submerge parfois le thérapeute et le conduit à réagir de manière défensive. La supervision l'encourage alors à identifier ses propres risques de passage à l'acte dans la relation thérapeutique - notamment celui de son agressivité - et à tenir la barre du soin. Le thérapeute étant garant des ajustements relationnels en psychothérapie, l'aide du superviseur est alors précieuse.

La supervision est souvent utile face aux mouvements négatifs de l'alliance et aux impasses relationnelles en psychothérapie (Lecomte, 2012 ; Safran & al., 2007). Les interactions thérapeutiques, de même que le travail effectué peuvent faire remonter à la surface des vécus pénibles pour le patient, ce qui a souvent des effets sur l'alliance (Lecomte, 2012). Le psychothérapeute peut - lui aussi - adopter une posture relationnelle défensive, qui met le



patient à distance, tel qu'une approche rationnelle, des interprétations excessives, de l'impatience, ou encore des efforts de persuasion (Anderson, Knobloch-Fedders & al., 2012 ; Safran & Muran, 2000). Les mouvements négatifs de l'alliance ont tendance à survenir lorsque les schémas relationnels du psychothérapeute et ceux du patient s'imbriquent (Mitchell, 1988 ; Safran & Muran, 2000). Dans ces situations délicates, le patient a tendance à adopter des attitudes d'évitement ou d'agressivité (Safran & Muran 2006). Par crainte de la réaction du thérapeute, il peut même lui cacher son vécu négatif. La supervision est alors susceptible d'aider le psychothérapeute à déchiffrer ce qui se passe, à réguler ses propres états émotionnels, de même qu'à rester engagé et ouvert au patient sur le plan affectif. Lorsque ce n'est pas le cas, les réactions du thérapeute peuvent s'avérer délétères pour le lien. Il peut alors manquer de disponibilité affective, critiquer le patient en raison de sa propre colère, ou encore adopter une approche défensive rigide et technicienne, par exemple, en se retranchant derrière les théories et les techniques. Surviennent alors l'impasse ou l'abandon thérapeutiques (Binder & Strupp, 1997a ; Eubanks-Carter & al., 2010 ; Safran & Muran, 2016).

Échanger au sujet des mouvements négatifs de l'alliance thérapeutique est difficile, notamment en raison de la nécessité pour le psychothérapeute de s'engager dans une exploration de sa propre subjectivité, ainsi que dans un échange authentique avec le patient (Lecomte, 2010). La supervision centrée sur l'alliance vise à permettre au thérapeute de rester attentif à ses émotions, ainsi que de trouver des réponses thérapeutiques flexibles et créatives, qui intègrent son vécu expérientiel et ses connaissances professionnelles (Ouellet & Drouin, 2012). Safran et al. (2007) soulignent la nécessité pour le psychothérapeute de travailler à accepter sa propre subjectivité, afin de faciliter cette même acceptation chez le patient. Pour ces chercheurs, aider le patient à s'autoriser à ressentir des émotions, à avoir des besoins et à les exprimer constitue même une compétence clinique centrale au processus thérapeutique.

En supervision, le travail autour des théories et des techniques thérapeutiques est fréquent. Si la formulation de cas peut s'avérer utile, il n'est pas souhaitable qu'elle s'engage prématurément (Safran & al., 2007). En effet, les savoirs théoriques peuvent avoir un pouvoir d'éviction de la subjectivité, quand ils sont vécus comme étant la seule description possible de la réalité (Galvani, 2008). Ils risquent de réifier le patient, ainsi que la relation thérapeutique, voire de forclure l'expérience de la personne en souffrance (Safran & Muran, 2000 ; Safran & al., 2007). Pour Safran et al. (2007), il importe que le thérapeute reste ouvert à la surprise, à la

nouveauté<sup>39</sup> et qu'il évite d'assimiler trop rapidement l'expérience affective du patient à des idées préconçues. Il en est de même pour sa propre expérience subjective. Elle lui donne des pistes pour développer des savoirs spécifiques à une relation thérapeutique singulière (Galvani, 2008).

## **2.5. La supervision pour développer la réflexivité du thérapeute dans l'alliance**

Développée par Safran, Muran et leurs collègues, la supervision groupale sur le modèle de l'*Alliance-Focused Training* (AFT) propose des réponses quand surviennent des situations relationnelles difficiles en thérapie, telles que des conflits ou des impasses. Elle vise à permettre aux thérapeutes de développer leur capacité à identifier les mouvements négatifs de l'alliance<sup>40</sup>. Elle cherche également à les aider à élaborer des interventions dans le but de maintenir l'alliance, de la développer ou de relancer le travail thérapeutique (Safran & Muran, 2000, 2006 ; Safran & al., 2014). Ce dispositif peut donc étayer les thérapeutes au niveau des processus thérapeutiques négatifs. La pertinence de ce modèle fait aujourd'hui l'objet de plusieurs études (Eubanks-Carter & al., 2010 ; Safran & al., 2011 ; Safran & al., 2014).

Issue des courants intersubjectif et relationnel, l'*Alliance-Focused Training* sous-tend l'idée que la régulation affective du patient, de même que sa santé mentale prennent naissance dans un système relationnel à la fois actuel et transmis de manière précoce (Beebe & Lachman, 2003 ; Schore, 2003 ; Fonagy & Bateman, 2011). Être en résonance affective avec le patient implique invariablement de se laisser prendre dans sa matrice relationnelle, puis de s'en dégager afin de l'aider, en utilisant son expérience intérieure au bénéfice du travail thérapeutique (Mitchell, 1988). Lorsque des cycles relationnels négatifs s'actualisent, le patient interprète souvent le comportement du psychothérapeute en fonction d'un système d'attentes relationnelles et agit en conséquence, ce qui déclenche fréquemment une réaction défensive chez le thérapeute. En retour, ces réactions du thérapeute sont susceptibles de confirmer les attentes relationnelles pathogènes du patient. Les acteurs de la relation se trouvent alors engagés dans un cycle de réactions et de contre-réactions. Afin de maintenir et de développer l'alliance, le psychothérapeute gagne à rester conscient de ses réactions subjectives, ce qui lui permet d'abord d'identifier qu'il est enchevêtré dans la matrice relationnelle du patient, puis de s'en extirper. Il peut ensuite tenter de réparer le mouvement négatif de l'alliance en communiquant autour des processus thérapeutiques (Safran & al.,

---

<sup>39</sup> Ces chercheurs utilisent l'expression : « *beginner's mind* ».

<sup>40</sup> Qu'ils nomment plutôt « ruptures ».

2007). Bien souvent, ces interactions difficiles sont implicites, c'est-à-dire qu'elles ne sont ni conscientes, ni dites. Les tensions et les impasses entre patient et psychothérapeute ne sont donc pas faciles à résoudre. Dans l'AFT, communiquer autour des processus thérapeutiques implicites représente une occasion de faire un travail sur les besoins divergents des acteurs de la relation thérapeutique. Pour Safran et al. (2007), mettre au jour les différences de points de vue et trouver des compromis permet non seulement de maintenir l'alliance, mais aussi d'aider le patient à prendre conscience de ses propres besoins et à les exprimer - sachant qu'un bon nombre de personnes qui consultent éprouvent des difficultés interpersonnelles, comme l'affirmation de soi.

Pour les tenants de l'AFT, toute intervention thérapeutique est un acte relationnel (Safran & al., 2014). L'intervention - ou son absence - peut donc être comprise comme un acte de communication s'inscrivant dans le champ d'une influence mutuelle, dans laquelle ce qui est formulé par le psychothérapeute peut avoir des effets multiples sur le patient, particulièrement lorsqu'il fait involontairement passer un message négatif, comme une critique ou de la disqualification. L'AFT encourage les thérapeutes à prendre leur responsabilité dans les interactions thérapeutiques (Safran & al., 2014). Lorsque des mouvements négatifs de l'alliance surviennent, la contribution du psychothérapeute au conflit ou à l'impasse gagne à être identifiée, reconnue, voire utilisée dans l'intervention (Safran & Muran, 2000, 2006 ; Safran & al., 2014). La subjectivité du thérapeute est perçue comme ayant une grande influence sur l'alliance thérapeutique, du point de vue du lien comme de la coopération. Le thérapeute est donc invité à un travail expérientiel consistant à explorer ses propres émotions, particulièrement celles dont il est dissocié. Ce travail peut lui permettre d'utiliser son expérience subjective du lien thérapeutique pour identifier les mouvements négatifs de l'alliance, pour comprendre les cycles relationnels négatifs vécus en thérapie et pour aider le patient à avancer, en donnant du sens avec ce qui se passe dans la relation thérapeutique (Safran & al., 2007 ; Safran & al., 2014).

La supervision AFT implique donc le développement de la réflexivité, de l'auto-régulation du thérapeute, ainsi que de la régulation de l'alliance thérapeutique. Elle présuppose que le développement de la réflexivité du thérapeute peut avoir un effet bénéfique sur la capacité du patient à devenir lui-même réflexif et à réguler ses émotions. Une étude assez récente de Safran, Muran & al. (2005) indiquait d'ailleurs que les psychothérapeutes formés à la thérapie cognitivo-comportementale (CBT), qui ont ensuite été formés à l'AFT manifestaient moins de

contrôle<sup>41</sup>, se montraient plus affirmatifs et compréhensifs avec les patients que les thérapeutes qui n'avaient reçu que la formation CBT. De plus, dans les périodes suivant l'entraînement à l'AFT, les patients se sont montrés moins soumis aux psychothérapeutes, se sont davantage dévoilés et montrés plus affirmatifs qu'avec les thérapeutes ayant suivi uniquement la formation CBT. Pour les chercheurs de cette étude, ces attitudes des patients constituent des indices d'évolution notables au niveau de l'alliance et du processus thérapeutique. Ils envisagent l'AFT comme un modèle de supervision complémentaire à d'autres modalités de formation.

L'AFT rappelle des stratégies d'intervention, qui sont usuelles, lorsque des situations difficiles surviennent en thérapie : la clarification des malentendus, l'explication du rationnel entourant l'intervention, le changement d'une tâche ou d'un objectif thérapeutique, l'exploration des thématiques relationnelles centrales pour le patient (Safran & Muran, 2000 ; Safran & al., 2014). Dans ses particularités, l'AFT implique l'entraînement à la méta-communication, c'est-à-dire à la communication, par le thérapeute, des processus à l'œuvre pour le patient dans l'interaction immédiate avec le thérapeute, plus particulièrement lorsque ces derniers sont implicites (Safran & al., 2014). La méta-communication est sans doute l'un des apports essentiels de l'AFT. Dans cette dernière, le psychothérapeute intervient lors de mouvements de l'alliance significativement négatifs, en mettant l'accent sur l'exploration de ce qui se passe ici et maintenant dans la relation thérapeutique, ainsi que sur la manière dont patient et psychothérapeute contribuent aux positionnements relationnels récurrents qui s'y jouent. Par exemple, le thérapeute en méta-communication peut intervenir de la manière suivante : « Je voudrais partager avec vous une impression que j'ai, et qui - je l'espère - pourra contribuer à notre travail. Comme vous l'avez peut-être constaté, j'ai eu tendance à vous donner beaucoup de conseils aujourd'hui. Et j'ai aussi le sentiment que nous sommes tous deux dans une sorte de bras de fer. Est-ce que cela peut avoir du sens pour vous ? ».

La méta-communication peut être considérée comme une verbalisation des processus réflexifs du psychothérapeute au sujet de la relation thérapeutique – en restant au plus près de l'expérience affective du patient. Pour les chercheurs de l'AFT, il s'agit plutôt d'une forme de *mindfulness* en action, c'est-à-dire la formulation ouverte et humble d'un regard métacognitif sur ce qui se passe dans l'alliance (Safran, 2002 ; Safran & Muran, 2000). En formulant la méta-communication, le psychothérapeute est invité à reconnaître sa propre contribution à

---

<sup>41</sup> Exemples : attitude amicale, vérification.

l'interaction, notamment de manière à éviter que le patient ne se sente critiqué. Le thérapeute encourage ce dernier à explorer sa propre compréhension des difficultés vécues dans l'alliance. Safran et al. (2007) conseillent au psychothérapeute intervenant sur l'alliance de rester attentif aux changements affectifs indiquant l'émergence de résistance chez le patient<sup>42</sup>. Ces chercheurs considèrent que le travail sur l'alliance doit se faire en résonance affective avec le patient, ce qui peut permettre à ce dernier de ressentir progressivement ses besoins émotionnels comme étant plus légitimes, moins menaçants (Safran & al., 2007).

Du point de vue de l'organisation, l'AFT est mise en œuvre par le biais d'une supervision en groupe, d'une durée de 90 minutes, mais cette temporalité a été augmentée à deux heures dans le présent protocole de recherche, afin de permettre une élaboration plus approfondie en supervision. Globalement, le modèle de l'AFT encourage le psychothérapeute à échanger avec le patient sur ce qui se passe ici et maintenant dans la relation thérapeutique. Au début des entretiens de supervision, un temps est consacré à expliquer l'importance, pour l'alliance, du travail d'auto-exploration de la subjectivité du thérapeute (Safran & al., 2007). L'AFT inclut aussi des exercices expérientiels, afin de développer la conscience et l'ouverture du psychothérapeute à sa propre expérience. Ces exercices visent aussi à l'aider à appréhender sa double position de participant et d'observateur du lien thérapeutique. Les chercheurs associés à ce modèle préconisent particulièrement l'utilisation de la *mindfulness* en supervision, afin d'aider les psychothérapeutes à observer leur expérience intérieure et à développer leur faculté à reconnaître leur contribution à l'interaction, ce qui relève du développement de la réflexivité (Safran & al., 2007 ; Safran & al., 2014). Néanmoins, d'autres méthodes expérientielles peuvent être envisagées, comme l'exploration des réactions subjectives du thérapeute pendant la supervision<sup>43</sup>, ou encore l'utilisation de grilles d'auto-analyse pour préparer la supervision, comme ce fut le cas dans la présente étude et qui sera expliqué plus loin.

L'AFT suppose également l'utilisation d'extraits vidéo d'entretiens et de jeux de rôle entre thérapeutes (Safran & al., 2014). L'analyse des extraits vidéo vise à observer comment la matrice relationnelle du patient se déploie dans l'interaction thérapeutique, ce qui est également susceptible d'aider le psychothérapeute à s'en extraire (Safran & al., 2007). Safran et al. (2007) proposent de regarder les extraits vidéo avec le groupe de supervision, sans a priori, en encourageant la verbalisation de nouvelles perceptions et expériences. Ils soulignent

---

<sup>42</sup> Comprise comme une forme d'auto-protection contre les affects menaçants.

<sup>43</sup> Décrite dans le paragraphe 3.2., de la seconde partie de la revue de la question.

également l'importance de regarder des extraits suffisamment longs pour bien montrer la complexité de l'interaction, ce qui permet également de réduire les effets de compétition entre les participants du groupe, comme cela risque d'être cas, par exemple, lorsque les prises de parole se font rapidement autour de la situation visionnée. Le visionnement d'extraits vidéo étant particulièrement susceptible d'exposer narcissiquement le psychothérapeute, il est important que le superviseur soit positionné dans une approche empathique, qui aide le thérapeute à prendre conscience de son expérience subjective et à l'approfondir (Safran & al., 2007) L'extrait vidéo peut être arrêté sur des moments où les mises en acte relationnelles apparaissent. Le superviseur demande alors au psychothérapeute de reconstruire ce qu'il pouvait ressentir à ce moment précis. Il s'agit d'identifier les mouvements négatifs de l'alliance, d'aider le thérapeute à élargir la conscience de ses émotions et à se dégager de la mise en acte relationnelle. Ce n'est qu'une fois que l'expérience subjective du thérapeute a été approfondie que les membres du groupe de supervision peuvent donner un feed-back sur l'extrait visionné. Le superviseur peut également décrire ses états intérieurs quand il regarde l'interaction, afin de montrer aux supervisés ce qu'un thérapeute expérimenté peut vivre sur le plan affectif dans une telle situation. Dans le présent protocole de recherche, l'utilisation d'extraits vidéo n'a pas pu être mise en place en raison de ce qui a souvent été désigné par les thérapeutes comme une difficulté à obtenir l'accord des patients à l'enregistrement et qui sera discuté ultérieurement.

Les jeux de rôle préconisés par l'AFT ont cependant été utilisés dans la présente étude. Ils visent notamment la prise de conscience de l'expérience subjective du supervisé (Safran & al., 2007). Un moment problématique de la séance thérapeutique est mis en scène, mais pas forcément avec le thérapeute impliqué dans la situation réelle. Les chercheurs suggèrent que le thérapeute impliqué dans la situation réelle prenne le rôle du patient, de manière à ouvrir sa conscience à l'expérience de ce dernier. Lorsque c'est un autre supervisé que le thérapeute impliqué dans cette situation qui joue le rôle du thérapeute, les membres du groupe de supervision sont davantage en mesure de se rendre compte de la complexité de l'interaction thérapeutique. En effet, la difficulté relationnelle rencontrée dans la situation réelle a tendance à se répéter dans les jeux de rôle, peu importe la personne qui joue le thérapeute. Le débriefing du jeu de rôles met l'accent sur l'exploration du vécu subjectif du supervisé qui a joué le rôle du thérapeute. Le superviseur peut intervenir pour aider ce dernier à prendre conscience de son vécu subjectif, pour l'encourager à le nommer, pour l'amener à saisir sa contribution à la situation difficile avec le patient et pour l'aider à réfléchir aux interventions

possibles. Enfin, la supervision AFT suppose également une transmission didactique, à travers des lectures, ainsi que par le biais de courtes interventions théoriques et techniques du superviseur. Les thématiques concernées par ces interventions sont les suivantes : la définition et l'identification des mouvements négatifs de l'alliance, ainsi que les différentes stratégies de résolution de ces mouvements, avec une emphase particulière sur la méta-communication (Safran & Muran, 2000 ; Safran & al., 2014). Dans le présent protocole de recherche, les principales informations issues de la revue de la question sur les facteurs communs, effectuée dans la première partie de la thèse ont également été utilisées pour construire la partie didactique de la supervision centrée sur l'alliance (cf. Annexe 19 : Protocole utilisé pour la transmission de la théorie en supervision).

## **2.6. Le groupe de supervision pour soutenir la réflexivité du thérapeute**

De façon générale, la supervision groupale vise à approfondir la compréhension que les supervisés ont d'eux-mêmes en tant que praticiens, celle qu'ils ont des patients avec lesquels ils interviennent, ainsi que celle des services professionnels qu'ils rendent. Ce dispositif est fréquemment utilisé dans les programmes de formation des thérapeutes (Holloway & Johnston, 1985 ; Savickas, Marquart & Supinski, 1986). La supervision en groupe implique des séances régulières entre des supervisés et un superviseur (Bernard & Goodyear, 2009). Dans le présent protocole de recherche, la supervision groupale a eu lieu une fois par mois pendant cinq mois, pour un total de cinq supervisions de deux heures pour chaque groupe. Dans la supervision en groupe, il existe à la fois non seulement des dimensions didactiques, mais aussi des aspects relationnels. Le superviseur conçoit des objectifs d'apprentissage en tenant compte de différents types de savoir : théoriques, techniques et relationnels.

Le groupe de supervision peut être un lieu de changement puissant, avec une identité propre, favorisant des effets miroirs multiples, de même que la production d'une variété de réponses possibles à une même situation thérapeutique (Anzieu, 1999 ; Kaës, 1994). Dans le groupe, l'intimité, la confiance, la créativité et la capacité à travailler ensemble sont des composantes essentielles pour que la supervision soit pleine de sens pour les supervisés (Holloway & Carroll, 1999). La cohésion du groupe, la qualité de la communication qui s'y tient, de même que le travail dans une direction commune sont des facteurs qui peuvent avoir un effet positif important sur le développement du supervisé (Carroll, 1996 ; Stoltenberg, McNeill & Delworth, 1998). Le groupe est susceptible de devenir un lieu de partage d'expériences, de préoccupations et d'anxiétés, dans une fonction de soutien entre pairs (Altfeld & Bernard,

1997 ; Poirier, 2006 ; Westwood, 1989). Il peut aussi permettre l'exploration collective de nouvelles pistes d'intervention et favoriser des effets de modelage entre pairs (Westwood, 1989 ; Poirier, 2006). En supervision groupale, la confrontation des points de vue est donc à envisager comme une richesse (Mehr, Ladany & Caskie, 2015). En groupe, la dynamique et les interactions de supervision peuvent étayer la réflexivité des psychothérapeutes, favoriser des changements autour de la manière dont ils se représentent le lien avec le patient et dont ils interagissent avec lui (Bernard & Goodyear, 2009 ; Stoltenberg, McNeill & Delworth, 1998 ; Werstlein & Borders, 1997).

Dans la présente étude, la supervision groupale suppose l'exploration des réactions subjectives des thérapeutes, de même que de leur vécu de l'interaction thérapeutique. Ces retours sur les expériences et sur l'action visent à transformer les positionnements du thérapeute dans l'interaction, ce qui n'est pas sans présenter de difficultés. En effet, les supervisés peuvent être réticents à parler de leurs émotions et de leurs difficultés devant les autres. Ils peuvent éprouver de la gêne, de l'anxiété, voire de la honte (Anderson, 2008). Il est donc nécessaire que le superviseur exerce un leadership qui permette de construire un environnement relationnel sécurisant, cohésif, source de soutien et de coopération (Anderson, 2008 ; Westwood, 1989). Quand la confiance est présente, le groupe fonctionne vers l'atteinte de ses objectifs. L'acceptation et le soutien entre pairs permettent la prise de risque et le dévoilement de soi (Westwood, 1989). Quand les interactions sont plus difficiles, le superviseur doit non seulement les réguler, mais aussi se préoccuper du développement de chaque supervisé (Westwood, 1989).

Dès le début des supervisions, il apparaît donc important d'établir des règles de fonctionnement, telles que la confidentialité des échanges, ou encore la façon de proposer un feed-back à ses pairs (Westwood, 1989 ; Anderson, 2008). Il est également essentiel que le superviseur porte attention à la manière dont le groupe se construit (Westwood, 1989). En effet, des résistances individuelles et groupales peuvent apparaître, de même que des conflits de personnalité, ou encore de la compétitivité entre pairs. Le rôle du superviseur consiste à intervenir pour réguler ces enjeux et pour aider le groupe à s'engager dans le travail (Anderson, 2008). Les enjeux de rivalité peuvent notamment faire obstacle aux relations entre supervisés, à la supervision en elle-même et au bon déroulement de l'analyse des situations (Anderson, 2008 ; Enyedy & al. 2003). Il en est de même de certaines attitudes défensives : l'évitement de l'attention du groupe par le supervisé, le fait de chercher à la monopoliser, la



formation de sous-groupes, les tentatives pour déstabiliser le superviseur ou encore pour essayer de devenir son favori (Rosenthal, 1999).

En s'assurant d'un climat de communication qui sécurise et qui fédère le groupe autour d'objectifs et de tâches communes, le superviseur soutient l'alliance groupale, contribue à faire diminuer la compétitivité et les postures défensives (Anderson, 2008 ; Westwood, 1989). Le superviseur encourage chaque membre du groupe à formuler ses propres objectifs, en fonction de ses besoins et de ceux de ses patients et à expliquer aux autres supervisés comment ils peuvent l'aider à les remplir (Bernard & Goodyear, 2009 ; Westwood, 1989). Le superviseur tient également compte des différences entre eux, telles que le niveau de conscience de soi, les capacités intellectuelles, l'expérience et la compétence professionnelles. Il reste à l'écoute des besoins de clarification des supervisés (Anderson, 2008 ; Westwood, 1989). Le superviseur porte attention à la manière dont chaque thérapeute investit le groupe, ainsi qu'à la fonction relationnelle que ce dernier remplit pour lui. Si cela peut influencer le travail avec les patients ou favoriser l'insertion dans le groupe de supervision, le superviseur peut encourager l'élaboration du rapport au groupe, en favorisant, par exemple, l'exploration autour d'un mouvement de retrait affectif d'un supervisé. Enfin, afin de favoriser la transmission de compétences cliniques, d'augmenter sa crédibilité face au groupe et d'inciter les participants à tenter de nouvelles interventions, le superviseur peut faire la démonstration de certaines interventions (Safran & al. 2014 ; Westwood, 1989).

L'analyse d'un cas en groupe est souvent l'occasion d'apprendre. Les supervisés notent les apports de leurs pairs, ainsi que ceux du superviseur (Westwood, 1989). Le groupe peut également permettre au thérapeute d'ajuster ses exigences envers lui-même et ses objectifs de travail avec le patient (Westwood, 1989). La situation groupale permet également aux supervisés de se rendre compte que les sentiments d'incompétence et d'insuffisance sont fréquents chez les thérapeutes (Holloway & Johnston, 1985). Le groupe permet souvent au supervisé d'identifier les aspects de sa subjectivité qui sont utiles à son travail avec le patient et ceux qui y font un obstacle (Anderson, 2008). Par le croisement des regards, le groupe accroît les possibilités d'élaboration de réponses complexes et variées face à une situation d'intervention (Galvani, 2008). L'identité groupale peut aussi servir d'appui aux supervisés quand ils se retrouvent dans des situations professionnelles difficiles. L'intériorisation des liens peut alors permettre de se remobiliser. Par exemple, le psychothérapeute peut invoquer le groupe par l'imaginaire, ou encore le superviseur et s'approprier leurs apports réflexifs. Il

peut notamment se demander : « Qu'est-ce que les autres feraient à ma place dans cette situation ? ». Le groupe fait parfois émerger des enjeux relationnels du psychothérapeute et lui faire prendre conscience d'attitudes interpersonnelles ayant des effets importants sur son travail (Rosenthal, 1999). Du côté des supervisés comme du superviseur, la situation groupale permet souvent d'identifier plus rapidement les projections qu'en supervision individuelle (Westwood, 1989). La confusion entre thérapie et supervision est également réduite (Anderson, 2008).

Dans la présente étude, la supervision centrée sur l'alliance intègre les fonctionnements de base du groupe de supervision, qui viennent d'être décrits. Le rôle du superviseur dans la régulation du groupe est d'autant plus important que l'emphase est mise sur l'expérience du supervisé, ce qui peut parfois faire en sorte que ce dernier se sente observé et anxieux. La présentation des cas, l'utilisation d'extraits audio ou vidéo doivent donc se faire dans l'idée que les expériences difficiles - comme la confusion, ou encore comme le fait de ne pas savoir quoi faire - sont aussi importantes que les moments où le thérapeute comprend clairement le patient et a confiance en ses capacités d'intervention. En effet, ces moments difficiles sont sources d'élaboration pour comprendre le patient de manière approfondie, de même que ce qui se passe dans l'interaction thérapeutique (Safran & al., 2007). Dans l'AFT, Safran et Muran (2000) préconisent de commencer les séances de supervision par un exercice expérientiel<sup>44</sup> pour aider les supervisés à se mettre en contact avec leur vécu subjectif. Dans le dispositif lié à la présente étude, il sera plutôt proposé aux supervisés de s'intéresser à ce type d'exercice en dehors des séances, afin de conserver un maximum de temps pour travailler les situations. Safran et Muran (2000) proposent que l'un des participants présente ensuite un cas et un extrait<sup>45</sup> d'entretien filmé. Les supervisés travaillent alors à identifier les mouvements significatifs de l'alliance. Des jeux de rôle peuvent leur être proposés. Dans la présente étude, les thérapeutes n'ont pas proposé d'extraits d'entretiens filmés, mais ils ont analysé des situations et réalisé des jeux de rôles. La supervision se termine par un débriefing en groupe pendant lequel les thérapeutes sont invités à verbaliser leurs impressions finales. La personne qui a présenté un cas est encouragée à dire où elle en est au niveau du cas traité, ainsi que vis-à-vis du groupe de supervision. Le modèle de l'AFT encourage le superviseur à traiter les mouvements négatifs de l'alliance de supervision, que ce soit sur le plan individuel ou groupal. Le superviseur est alors invité à méta-communiquer. Dans ces situations, il fait lui-

---

<sup>44</sup> Comme, par exemple, la *mindfulness*.

<sup>45</sup> Vidéo ou audio.

même un travail de réflexivité autour de ses réactions subjectives, de même que des interactions groupales (Safran & al. 2014).

Pour résumer, la supervision centrée sur l'alliance, utilisée dans cette étude, présente quelques différences par rapport à l'AFT. Tout d'abord, les informations transmises aux supervisés ne s'en tiennent pas aux études portant sur les ruptures de l'alliance. Elles sont élargies aux connaissances scientifiques sur les facteurs communs. Les séances de supervision n'incluent pas d'exercices de *mindfulness*. Également, il a fallu s'en tenir à l'analyse des situations et aux jeux de rôles, car l'utilisation des enregistrements vidéo et audio des séances thérapeutiques n'a pas été possible. Enfin, les séances de supervision n'ont pas seulement pris en compte les mouvements négatifs de l'alliance. Elles ont aussi tenu compte des mouvements positifs, ce qui semble non seulement importants pour permettre au thérapeute d'apprécier les avancées du processus thérapeutique, mais aussi pour renforcer son sentiment de compétence professionnelle.

La recherche sur la supervision en groupe reste à développer (Holloway & Johnston, 1985 ; Prieto, 1996). L'utilisation de ce dispositif soulève certaines réticences, notamment sur le plan de la compétence des superviseurs pour l'animer (Prieto, 1996). En effet, les superviseurs ont-ils suffisamment de connaissances au sujet des processus de groupes (Werstlein, 1994) ? Sont-ils capables d'identifier ces processus et de les utiliser dans l'intervention de supervision (Poirier, 2006 ; Prieto, 1996) ? Enfin, de quelles manières devraient-ils les utiliser au profit de l'apprentissage des supervisés (Werstlein, 1994) ?

La supervision en groupe a été présentée, d'une manière générale. Le dispositif de supervision centrée sur l'alliance a ensuite été détaillé. Les principes qui sous-tendent l'animation de la supervision sont à présent développés.

### **3. PRINCIPES DE L'AUTO-FORMATION DANS L'ANIMATION DE LA SUPERVISION CENTRÉE SUR L'ALLIANCE**

L'animation du dispositif de supervision centré sur l'alliance sous-tend certains présupposés théoriques.

### **3.1. L'auto-formation pour soutenir les capacités relationnelles du thérapeute**

Dans cette étude, l'auteur de la thèse a animé tous les groupes de supervision. L'animation d'un tel dispositif est forcément étayée par des présupposés théoriques, qui vont influencer la posture du superviseur. Dans ce travail, ce sont les principes de l'auto-formation qui ont guidé la conduite de la supervision, parce qu'ils semblaient favoriser l'autonomie professionnelle, l'auto-détermination des supervisés, de même que la construction de savoirs expérientiels.

Dans le langage courant, l'expression « auto-formation » désigne la démarche d'une personne qui se forme par elle-même, c'est-à-dire l'autodidacte, ce qui n'est pas le sens qui lui sera donné dans le présent travail. Ce travail de thèse s'intéresse à la pratique de jeunes psychologues, dont la profession implique une obligation éthique et déontologique à se former tout au long de la carrière. Cet impératif de formation continue met en exergue l'imputabilité du psychologue, le fait qu'il reste toujours responsable des décisions qu'il prend et des interventions qu'il met en œuvre. Pour assumer cette responsabilité professionnelle, il importe donc que le psychologue-psychothérapeute soit autonome, acteur du développement de ses connaissances et de ses compétences. En effet, à partir des difficultés rencontrées dans sa pratique, il est amené à créer son parcours de formation. La pratique du psychologue est non seulement traversée par des enjeux pratiques, mais aussi identitaires et existentiels, dans la mesure où les choix de formation sont notamment liés à ses préférences, à ses valeurs, à ses doutes et aux grandes questions qu'il se pose au sujet de l'existence humaine. La réflexion autour du parcours de formation continue s'inscrit également dans le souhait de développement personnel du thérapeute (Lecomte & Richard 1999).

L'auto-formation est un paradigme de recherche-action qui reconnaît l'existence d'une quête identitaire et existentielle au cœur de la pratique. Il souligne que les situations professionnelles difficiles sont susceptibles de permettre au praticien de découvrir ses ressources personnelles. L'auto-formation semble particulièrement intéressante dans l'optique de l'animation de la supervision centrée sur l'alliance, notamment parce qu'elle reconnaît que la transmission de contenus théoriques et techniques ne suffit pas à former les praticiens. En effet, cette perspective considère que la transmission théorique n'éclaire pas suffisamment la complexité des problèmes humains qui, dans leur résolution, implique également les personnes concernées (Galvani, 2008 ; Schön, 1994). Dans la présente étude, les thérapeutes

ciblés pour participer à la supervision ont moins de six années d'expérience de la psychothérapie. Ils se situent donc dans une période de la vie professionnelle marquée par une recherche de consolidation de l'identité professionnelle, dans laquelle les connaissances théoriques et techniques doivent prendre sens dans l'expérience pratique de la relation thérapeutique (Lecomte, 2012).

Si les savoirs théoriques et techniques sont scientifiquement et socialement reconnus, de même que directement mobilisables, l'auto-formation considère qu'ils ne permettent pas une recherche sur l'action et sur les expériences (Galvani, 2008). Dans la revue de la question, il est apparu que la formation pratique des thérapeutes aux capacités relationnelles ne peut se réduire à la transmission de savoirs théoriques et techniques (Castonguay & al., 1996). Comme exposé précédemment, l'étude Vanderbilt II soulignait qu'après une formation à une méthode de psychothérapie psychodynamique, les thérapeutes montraient une forte adhésion au modèle thérapeutique, mais se montraient également plus hostiles et en difficultés pour communiquer avec leurs patients (Henry & al., 1993). La formation aux capacités relationnelles gagne donc à ne pas être envisagée de manière strictement didactique. Une emphase intellectuelle et prescriptive, avec des contenus essentiellement théoriques et techniques peut contribuer à réifier le patient et à renforcer une posture défensive chez le psychothérapeute (Castonguay & al., 1996 ; Henry & al., 1993 ; Safran & al., 2007). Un juste équilibre entre les différentes dimensions du savoir - théorique, technique, pratique – semble important pour former des praticiens réflexifs (Cyr, Lecomte & al., 1989 ; Lecomte, 2010). La dimension existentielle de la pratique - que reconnaît l'auto-formation - est proche de la notion de travail vivant, que l'on retrouve dans la psychodynamique du travail (Dejours, 1980).

Néanmoins, la perspective de l'auto-formation met une emphase particulière sur le lien étroit qui unit l'acte professionnel et la pensée pratique réflexive (Galvani, 2016). Dans ce chapitre, il a déjà été question de savoirs construits dans une posture de réflexivité-en-action, pendant l'entretien thérapeutique (Lecomte, 2010 ; Lecomte & Savard, 2004). Dans l'optique de l'auto-formation, la réflexion sur les pratiques peut permettre au thérapeute de développer des connaissances et des méthodes professionnelles qui lui sont propres et qui s'ancrent dans l'expérience de la relation particulière à chaque patient rencontré. L'auto-formation reconnaît donc la dimension implicite de la construction des savoirs. Cette dernière implique un mouvement de subjectivation chez le thérapeute. Les rétroactions du patient, du formateur, ou

encore des autres personnes en formation y contribuent de manière essentielle, ce qui implique une co-construction (Galvani, 2016).

Toutefois, il ne s'agit pas d'encourager la dépendance des thérapeutes à la supervision. Pour Friedlander (2012), favoriser l'autonomie est essentiel pour aider les jeunes thérapeutes à consolider leur confiance et leur identité professionnelles. Ce point de vue ne nie pourtant pas les vertus structurantes du soutien et de la bienveillance. Il souligne néanmoins la difficulté pour le superviseur d'assumer une position subtile, entre soutien et facilitation du développement de l'autonomie des supervisés. Une méthode de supervision essentiellement magistrale est à proscrire, dans la mesure où elle risque de placer le superviseur dans la position du sujet qui sait (mieux) que les autres. Cet écueil probable réclame sa vigilance puisqu'il va à l'encontre de la posture préconisée pour animer la supervision centrée sur l'alliance, c'est-à-dire celle de favoriser la pensée autonome du thérapeute et la construction de ses propres réponses. Dans une perspective de subjectivation et d'autonomisation des thérapeutes, le superviseur peut être pensé comme un animateur facilitant l'intégration des savoirs théoriques, techniques et relationnels chez les supervisés, plutôt que comme un expert (Galvani, 2010). Néanmoins, le rôle d'autorité compétente est parfois demandé plus ou moins explicitement au superviseur par les supervisés. La signification de cette demande mérite d'être explorée sur le plan relationnel. En effet, la construction des savoirs s'actualise dans des liens, qui ne sont pas exempts de demandes de reconnaissance et de fantasmes. Si la situation groupale peut diluer les sentiments transférentiels du supervisé envers le superviseur, l'intériorisation de la figure de ce dernier reste souvent importante pour le développement du thérapeute (Pinel, 2007).

Lorsque la supervision est bienveillante et fait sens pour les participants, le superviseur peut donc devenir une figure intériorisée, voire une représentation relationnelle imaginaire et atemporelle, sur laquelle le thérapeute peut s'appuyer, même en son absence. Le superviseur soutient ce travail de structuration subjective, en ajustant ses postures relationnelles et ses interventions aux demandes individuelles et groupales, ainsi qu'aux mouvements affectifs du collectif et des individus qui le composent. En supervision, la relation au groupe de pairs permet également de soutenir la capacité à se relier à ses propres expériences subjectives et à approfondir l'analyse de son expérience de la relation avec un patient. En groupe, le sujet bénéficie de la mise en dialogue intersubjectif des réflexivités (Galvani, 2008). Le collectif favorise donc la prise de conscience, la décentration des a priori subjectifs issus des

déterminismes sociaux et éducatifs, le dépassement du point de vue particulier au profit d'une vision globale. Dans la perspective de l'auto-formation, les pratiques groupales sont donc des lieux « où l'on tient conseil » plutôt qu'« où l'on donne conseil » (Galvani, 2008). L'auto-formation soutient donc le développement de la réflexivité des thérapeutes.

Dans de nombreux problèmes humains, comme ceux rencontrés en psychothérapie, l'expérience précède souvent l'abstraction et la théorisation (Piaget, 1974). Encourager les thérapeutes dans la voie de l'auto-formation, c'est leur proposer une posture de recherche-action sur les situations professionnelles en tenant compte de leurs ressources personnelles. Dans la supervision centrée sur l'alliance, il s'agit notamment de les aider à construire des méthodes d'élaboration des savoirs implicites, qu'ils utiliseront pendant toute leur vie professionnelle. L'animation de la supervision selon les principes de l'auto-formation vise à étayer la réflexivité-en-action, dans la mesure où l'auto-formation est centrée sur l'élaboration des savoirs d'expériences et d'actions en évolution. Néanmoins, ces derniers sont souvent socialement peu reconnus. Pourtant, le développement de ces savoirs implique une prise de conscience du lien à soi-même, aux autres et au monde. Il encourage également le thérapeute à se transformer (Galvani, 2008).

S'appuyer sur les principes de l'auto-formation dans l'animation de la supervision centrée sur l'alliance relève donc d'une vision expérientielle du développement des savoirs, notamment de ceux qui proviennent des interactions implicites. Pour le superviseur, il s'agit alors d'accompagner les psychothérapeutes au plus près de leur expérience de l'interaction thérapeutique, de les aider à en faire sens pour eux-mêmes, avant de travailler la formulation d'hypothèses cliniques sur le sens qu'elles peuvent prendre pour le patient. Le superviseur, comme le groupe de pairs peuvent aider le thérapeute à dénouer des postures relationnelles défensives dans son interaction thérapeutique avec le patient. L'auto-formation suggère donc un positionnement ouvert à la multiplicité des points de vue et des réponses entourant l'interaction thérapeutique. L'un des rôles essentiels du superviseur consiste alors à encourager, chez les thérapeutes en supervision, une approche diverse de la vérité thérapeutique. Dans la même optique, il importe que les interventions relationnelles du superviseur pour réguler l'alliance groupale ne se positionnent pas comme l'affirmation d'une vérité.

### 3.2. L'auto-observation comme auto-formation

En adéquation avec les principes de l'auto-formation, le présent protocole de recherche inclut une grille des besoins de supervision, proposée comme premier support de réflexion (cf. Annexe 17). Elle est envoyée aux thérapeutes, par courriel, cinq jours avant chaque séance de supervision. Cette grille s'inspire des travaux sur l'auto-supervision, de l'équipe de Conrad Lecomte à l'Université de Montréal, dans les années 1990. À cette époque, des grilles sont proposées aux étudiants du Master en psychologie pour préparer leur supervision de stages. Dans les années 2000, elles ont été retravaillées par Conrad Lecomte<sup>46</sup> et par Réginald Savard<sup>47</sup>. La grille construite pour la présente étude s'inspire de ces travaux.

En préparation à la supervision groupale, la grille des besoins de supervision proposée vise à aider le thérapeute à faire un retour sur lui, à conscientiser son vécu subjectif, à réfléchir à ses positionnements, à ses interventions et à identifier ses souhaits pour la supervision. Elle a pour but d'amorcer une élaboration préalable à la supervision et d'encourager l'implication active du thérapeute (Nasio, In Delourme & Marc, 2011). La grille des besoins de supervision a notamment une visée semblable aux exercices expérientiels de *mindfulness* proposés dans le modèle de l'AFT<sup>48</sup>. Il s'agit notamment d'aider le thérapeute à se relier à son expérience subjective de la relation thérapeutique. Le thérapeute utilise cette grille de manière autonome. Elle n'est pas partagée avec le groupe de supervision. Elle est proposée comme un levier possible de connaissance de soi pour étayer le travail en supervision (Galvani, 2008 ; Lecomte, 2010). La connaissance de soi permet au thérapeute de se décentrer de sa propre expérience, c'est-à-dire de son histoire, de ses préjugés, de ses conditionnements pour s'ouvrir à l'expérience subjective et relationnelle du patient. Elle peut lui permettre d'accepter de ne pas savoir et de suspendre ses représentations a priori (Galvani, 2008). L'utilisation de la grille est susceptible d'étayer le processus de supervision en aidant le thérapeute à se relier à ses réactions subjectives, à les identifier, pour commencer à s'en décentrer de sa propre perspective et à utiliser son expérience subjective au profit du travail thérapeutique. L'utilisation de la grille vise donc à soutenir un développement autonome de la réflexivité du thérapeute.

---

<sup>46</sup> Conrad Lecomte, Ph.D. est professeur émérite du Département de Psychologie de l'Université de Montréal, psychologue et psychothérapeute.

<sup>47</sup> Réginald Savard, Ph.D. est professeur titulaire à la Faculté d'Éducation de l'Université de Sherbrooke, conseiller d'orientation et psychothérapeute, et responsable de la maîtrise et des stages de pratique professionnelle à la maîtrise en orientation.

<sup>48</sup> Qui n'ont pas été adoptés dans la présente étude.



### 3.3. Observer les interactions pour se former

Dans le cadre de la présente étude, la supervision inclut des analyses de cas, ainsi que des jeux de rôles pour soutenir le travail de réflexivité des thérapeutes. Les jeux de rôles permettent une observation des interactions patient-thérapeute, telles qu'elles sont jouées par les supervisés, à partir de la description de la situation réelle. Ces jeux ont donc une qualité de « comme si », par rapport à la véritable interaction thérapeutique. Dans la perspective de l'auto-formation, l'observation de ces jeux est envisagée comme un étayage au retour réflexif sur les pratiques, visant à permettre la prise de conscience et l'élaboration de l'expérience des supervisés. Lors des jeux de rôles, l'attention est tournée vers l'expérience subjective du thérapeute. Il s'agit particulièrement d'éviter d'utiliser le support d'observation d'une manière qui dépossède les supervisés d'eux-mêmes, de leur liberté de penser et d'agir, en donnant une qualité objective à l'interaction ou en développant des réponses préformatées. L'observation des interactions par le jeu de rôle vise plutôt à permettre aux supervisés d'accéder à leur expérience subjective de la relation thérapeutique, à élaborer autour du sens qu'elle prend pour eux et pour le patient. L'observation du jeu de rôle vise également à les aider à suspendre leur intentionnalité pour appréhender la réalité subjective et interpersonnelle du patient (Galvani, 2008). L'observation peut aussi jouer un rôle dans la réflexion autour de la dimension technique des interventions - un aspect qui demeure important, notamment dans la perception que le patient a des efforts consentis par le thérapeute pour l'aider (Bedi & al., 2005).

Lors des jeux de rôle, l'observation séquentielle des interactions peut constituer un appui pour comprendre les effets d'enchevêtrement de la subjectivité des acteurs de la relation thérapeutique. Par exemple, elle permet de se rendre compte à quel moment l'attitude du patient a changé par rapport au psychothérapeute pendant l'entretien, d'élaborer une compréhension des enjeux sous-jacents, ainsi que de réfléchir à des interventions possibles pour favoriser l'exploration de l'alliance et l'évolution thérapeutique du patient. Cette approche peut être qualifiée de micro-analytique dans la mesure où elle invite les thérapeutes à réfléchir aux marqueurs précis de la communication, dénotant un mouvement de l'alliance. Elle permet aussi de comprendre comment une dyade thérapeutique spécifique développe des modes de communication, notamment sur le plan implicite (Labov & Fanshel, 1977).

Ces modes de communication implicites peuvent révéler un ajustement émotionnel plus ou moins intéressant pour le travail thérapeutique, voire des mouvements relationnels délétères. Enfin, l'observation des interactions lors des jeux de rôles peut donner de l'information quant aux modes de communication du patient, notamment à ceux qui sont liés aux groupes d'appartenance, tels que la famille, ou encore le groupe ethnique (Galvani, 2008). Il est nécessaire pour le psychothérapeute de les appréhender afin de comprendre l'expérience subjective du patient. La supervision mise en œuvre dans le cadre de la présente étude tente donc de s'enrichir de l'analyse de séquences spécifiques d'interactions, mais aussi de l'analyse plus globale et expérientielle du sens des interactions thérapeutiques. Cette méthode d'analyse vise la subjectivation et l'autonomie des supervisés, dans l'optique des principes de l'auto-formation.

Il faut néanmoins souligner la valeur subjective de l'analyse de signaux paralinguistiques lors des jeux de rôles - comme la tonalité, l'intonation ou la qualité de la voix, ou encore les gestes et les actions qui ponctuent le discours. En effet, sur le plan scientifique, l'interprétation du comportement non-verbal est un sujet controversé, notamment en raison du caractère ambigu de chaque signal pris isolément. Les mêmes signaux paralinguistiques peuvent avoir un sens radicalement différent en fonction du contexte. Ils gagnent donc à être analysés en fonction d'une interaction spécifique et de connaissances partagées par les acteurs de la relation (Labov & Fanshel, 1977). La construction de sens autour des signaux infra-verbaux dans les jeux de rôle a donc pour vocation de participer à la construction d'hypothèses cliniques autour de questions comme : « Qu'est-ce que le patient cherche à dire ? », « Quels effets son attitude peut-elle avoir sur le thérapeute ? ». Ce n'est que lorsque le thérapeute est de retour dans l'élaboration avec le patient qu'il peut affiner ses hypothèses cliniques autour de ce que le patient éprouve dans la relation thérapeutique et du sens qu'il donne à ce qui s'y passe. Ce retour à l'exploration du patient constitue un levier d'auto-détermination du thérapeute par rapport à la supervision, dans la mesure où la réponse est coconstruite par les acteurs de la relation thérapeutique, plutôt que prescrite par la supervision.

#### **4. CONCLUSION DE LA REVUE DE LA QUESTION**

Dans cette étude, la supervision centrée sur l'alliance relève d'une approche « méta-réflexive dialogique dans l'action », ce qui veut dire que le thérapeute sera invité à élaborer son expérience subjective dans un dialogue avec le patient et avec le groupe de pairs en supervision, ce qui suppose le développement de savoirs dans l'action et dans l'interaction

(Galvani, 2004). L'expérience subjective du thérapeute est centrale pour lui permettre de construire des interventions en contexte, ayant du sens pour lui-même comme pour le patient. Ici, la supervision centrée sur l'alliance s'inspire du modèle de l'*Alliance-Focused Training*, des études sur les facteurs communs en psychothérapie, ainsi que d'une approche expérientielle de l'animation de la supervision, inspirée de l'auto-formation. La construction du dispositif s'est enrichie de plusieurs courants thérapeutiques. Elle vise donc une approche transversale du développement des capacités relationnelles des psychothérapeutes, c'est-à-dire de la conscience réflexive de soi - qui influence l'autorégulation des réactions subjectives du thérapeute - de même que de la réflexion-en-action - permettant de s'apparier aux interactions thérapeutiques. Ces deux niveaux de réflexivité sont également censés permettre de développer la sensibilité du thérapeute aux mouvements de l'alliance.

Cette étude vise à évaluer l'intérêt du modèle de supervision centré sur l'alliance construit ici pour aider les thérapeutes en début de pratique à développer leurs capacités relationnelles, notamment celles qui consistent à identifier et à réguler leurs propres réactions subjectives, à être attentifs aux mouvements de l'alliance et à formuler des interventions quand cette dernière est fragilisée. L'exercice de la psychothérapie étant complexe, d'autres compétences sont également nécessaires à la pratique du métier de psychothérapeute. Le modèle de supervision proposé peut donc compléter d'autres modalités de formation, notamment à celles qui permettent de développer des compétences plus théoriques et techniques. Pendant la supervision, une attention particulière sera portée à la manière dont le thérapeute peut intégrer le modèle centré sur l'alliance à son propre modèle théorique et pratique. La supervision centrée sur l'alliance s'inscrit dans une logique de formation continue et diversifiée, nécessaire au métier de psychothérapeute.

# ÉTUDE EMPIRIQUE

# **1. MÉTHODE**

## **1. FORMALISATION DES HYPOTHÈSES DE RECHERCHE**

Le protocole de recherche est maintenant présenté en détaillant la problématique, les hypothèses, les méthodes et les instruments de mesure.

### **1.1. Contexte général de l'étude**

Cette étude exploratoire s'inscrit dans une préoccupation au sujet du développement de la réflexivité des jeunes psychologues au niveau de l'alliance thérapeutique et des interactions avec le patient. Elle interroge la nécessité de les former spécifiquement aux capacités relationnelles, dans les premières années de leur pratique de la psychothérapie et de la consultation psychologique. Plus particulièrement, elle a pour but d'évaluer la pertinence et l'utilité d'un modèle de supervision centré sur l'alliance thérapeutique. Ce dernier a été construit à partir de la revue de la question, notamment des informations recueillies autour de la recherche sur les facteurs communs en psychothérapie - et particulièrement celles qui concernent l'alliance. Le premier chapitre de l'étude détaillait également le corpus théorique et de recherche portant sur la supervision en groupe. Les principes qui sous-tendent son animation ont également été présentés.

### **1.2. Problématique et objectifs**

En formation initiale des psychologues, la transmission théorique et pratique autour de la notion d'alliance thérapeutique peut différer en fonction de l'établissement d'enseignement et des lieux de stages. En début de pratique professionnelle, il semble donc intéressant de proposer un étayage aux jeunes thérapeutes. Il s'agit notamment de les aider à rencontrer plusieurs exigences éthiques et déontologiques, notamment celle qui consiste à savoir discerner sa propre implication dans la relation thérapeutique (Code de déontologie des psychologues, 2012).

Dans le premier chapitre, la section intitulée *Dans les détours de l'alliance thérapeutique* a montré que l'alliance thérapeutique est fréquemment considérée par la communauté scientifique comme une dimension importante de l'évolution thérapeutique du patient (De Roten, 2001 ; Chambon & Marie-Cardine, 2014 ; Horvath, 2000). Ce chapitre soulignait également que l'alliance est souvent envisagée comme un facteur commun aux différentes approches thérapeutiques (Bioy & Bachelart, 2010 ; Bordin, 1979). De plus, le chapitre mettait en lumière l'importance de la qualité du lien affectif entre patient et thérapeute, de la relation de coopération entre eux, ainsi que la nature fluctuante de l'alliance. Il explicitait

notamment comment la divergence des besoins, des opinions et/ou des souhaits du patient et du thérapeute peut conduire à des tensions relationnelles et/ou à des impasses thérapeutiques (Binder & Strupp, 1997a). Le premier chapitre exposait également la nécessité que le thérapeute travaille sur ses propres réactions affectives, pour maintenir et pour développer l'alliance, ainsi que pour soutenir l'évolution thérapeutique du patient (Despland & al., 2000 ; Gelso & Hayes, 2007 ; Lecomte & al., 2004). Enfin, les capacités relationnelles nécessaires pour ce faire ont été discutées : 1) savoir repérer et élaborer ses réactions subjectives, 2) savoir identifier les mouvements de l'alliance et 3) savoir apparier ses interventions à l'évolution des interactions thérapeutiques.

Dans le premier chapitre, la section intitulée *Former les jeunes thérapeutes aux capacités relationnelles* soulignait l'importance de la supervision pour étayer le développement de la réflexivité et des capacités relationnelles des thérapeutes (Gelso & Hayes, 2007 ; Skovholt & Rønnestad, 2003). Dans la suite logique de la première partie, elle permettait notamment d'interroger le lien entre **la capacité des thérapeutes à réguler leurs réactions subjectives en thérapie et la qualité de l'alliance**. Le premier chapitre soulignait également que le maintien et le développement de l'alliance thérapeutique nécessite une capacité du thérapeute à encourager une « régulation interactive » avec le patient, ce qui serait susceptible d'avoir un effet significatif sur le processus thérapeutique (Despland, De Roten & al., 2000, Despland, De Roten & al., 2001 ; Lecomte & al., 2004). Le chapitre expliquait aussi que les fluctuations de l'alliance nécessitent un travail de régulation affective lorsque se présentent des situations de détérioration du lien et/ou d'impasse en thérapie (Binder & Strupp, 1997a ; Eubanks-Carter & al., 2010). Il permettait donc d'interroger le lien entre **la capacité des thérapeutes à repérer les mouvements, les variations de l'interaction et la qualité de l'alliance**. Enfin, le chapitre soulignait l'importance pour le thérapeute de savoir s'apparier aux évolutions des interactions thérapeutiques pour favoriser l'évolution du patient (Norcross, 2010 ; Safran & Muran, 2000, 2016 ; Skovholt & Rønnestad, 2003). Le lien entre **la capacité du thérapeute à s'ajuster à l'interaction thérapeutique - notamment dans les moments relationnels difficiles - et l'alliance** était interrogé. Plus globalement, on se demande si travailler à développer ces capacités relationnelles est susceptible d'aider le thérapeute à **installer son dispositif de soin dans un environnement intersubjectif fondé sur l'alliance**. De plus, comme les études soulignent des différences entre thérapeutes novices et expérimentés du point de vue de la réflexivité, l'étude évalue aussi s'il existe des dissemblances ou des ressemblances entre eux au niveau de l'identification des mouvements de l'alliance.

Cette étude s'intéresse donc à la possibilité de transmettre aux jeunes thérapeutes les capacités à instaurer et à maintenir l'alliance, à identifier les mouvements de l'alliance, à réguler leurs propres émotions pendant les séances, à identifier les mouvements de l'alliance, ainsi qu'à réguler l'interaction thérapeutique - en utilisant un modèle de supervision groupale centré sur l'alliance. L'alliance thérapeutique est considérée dans ses dimensions affectives et de coopération. De plus, l'étude se penche sur l'identification des mouvements de l'alliance chez les jeunes thérapeutes et chez les thérapeutes expérimentés.

### **1.3. Hypothèses de recherche**

Le corpus de recherche entourant les effets des supervisions centrées sur l'alliance thérapeutique reste à développer. Cette étude tente donc de continuer à développer des connaissances autour de ce type de supervision. Les hypothèses de recherche sont donc les suivantes :

**H1** : Le modèle de supervision centré sur l'alliance améliorerait les représentations que le thérapeute, et que le patient ont de la capacité du thérapeute à installer son dispositif de soins dans un environnement intersubjectif fondé sur l'alliance, c'est-à-dire de sa capacité à aider le patient, à le faire progresser et à l'amener à se comprendre.

- La capacité du thérapeute à installer son dispositif de soins dans un environnement intersubjectif fondé sur l'alliance renvoie à la représentation que les thérapeutes et les patients auront de l'alliance, telle que mesurées par l'Inventaire d'alliance de travail.
- On s'attend donc à ce que les scores d'alliance des thérapeutes du groupe expérimental - ayant participé à la supervision centrée sur l'alliance – et de leur patient augmentent de façon significativement plus importante que ceux des thérapeutes du groupe contrôle – n'y ayant pas participé - et que ceux des patients de ces derniers.

**H2** : Le modèle de supervision centré sur l'alliance améliorerait la représentation que le thérapeute a de sa capacité à réguler ses réactions subjectives en thérapie.

- La capacité du thérapeute à réguler ses réactions subjectives en thérapie renvoie à : la possibilité d'identifier ses propres émotions, la conscience émotionnelle, l'acceptation de ses émotions, la possibilité d'orienter ses comportements vers un but dans un contexte émotionnel négatif - telles que mesurées par l'Évaluation multidimensionnelle de la régulation des émotions.



- On s'attend donc à ce que les scores de régulation émotionnelle et interpersonnelle des thérapeutes du groupe expérimental augmentent de façon significativement plus importante que ceux des thérapeutes du groupe contrôle.

**H3** : Le modèle de supervision centré sur l'alliance améliorerait la capacité du thérapeute à identifier les mouvements de l'alliance.

- La capacité du thérapeute à identifier les mouvements de l'alliance renvoie au nombre de mouvements de l'alliance globaux, négatifs et positifs identifiés par les thérapeutes, tels que cotés sur la feuille-réponse après le visionnement d'extraits vidéo (cf. Annexe 13).
- On s'attend donc à ce que les thérapeutes du groupe expérimental identifient significativement plus de mouvements de l'alliance que ceux les thérapeutes du groupe contrôle, après avoir participé à la supervision centrée sur l'alliance.

**H4** : Le modèle de supervision centré sur l'alliance améliorerait la représentation que le thérapeute a de sa capacité à s'apparier à l'interaction thérapeutique, notamment dans les moments relationnels difficiles.

- La capacité du thérapeute à réguler ses réactions subjectives en thérapie renvoie à la perception que les thérapeutes auront de leur contrôle de leurs émotions négatives et de leurs stratégies de régulation des émotions en contexte émotionnel négatif, tels que mesurés par l'Évaluation multidimensionnelle de la régulation des émotions.
- On s'attend donc à ce que les scores de régulation interpersonnelle des thérapeutes du groupe expérimental diminuent de façon significativement plus importante que ceux des thérapeutes du groupe contrôle<sup>49</sup>.

**H5** : Les thérapeutes seniors identifieraient davantage de mouvements de l'alliance que les jeunes thérapeutes.

- Tous les thérapeutes identifieront les mouvements de l'alliance dans des extraits vidéo d'interactions thérapeutiques.
- On s'attend donc à ce que les thérapeutes seniors identifient significativement plus de mouvements globaux de l'alliance, de même que de mouvements positifs et négatifs que les jeunes thérapeutes.

---

<sup>49</sup> Pour l'échelle de régulation des émotions utilisée dans cette étude, plus le score est élevé, plus le sujet présente des difficultés dans la régulation de ces dernières.

L'analyse des entretiens de recherche complète le recueil des données effectué à l'aide des différents instruments de mesure.

#### **1.4. Résumé du protocole de recherche**

Le protocole de recherche s'est déroulé sur deux ans. Il a débuté en janvier 2017 et s'est terminé en décembre 2018. L'étude s'est intéressée aux thérapeutes ayant moins de six années de pratique effective de la psychothérapie et de la consultation psychologique, après l'obtention du diplôme donnant accès au titre de psychologue. Elle a inclus trente thérapeutes, provenant de différentes spécialités, telles que la clinique, la santé, l'éducation et le développement, la gérontologie, le secteur judiciaire, ou encore la neuropsychologie. Les thérapeutes avaient des orientations thérapeutiques plurielles : intégrative, psychodynamique, TCC/systémique, ou encore humaniste.

Le protocole de recherche a été administré à la moitié des thérapeutes en même temps qu'ils participaient aux groupes de supervision. Il s'agissait de cinq séances de deux heures chacune pendant cinq mois. Les groupes ont eu lieu dans plusieurs régions : Île-de-France, Hauts-de-France et Grand-Est. L'autre moitié des thérapeutes a participé au groupe contrôle. Ils ont reçu des séances de supervision en contrepartie à leur participation au protocole de recherche. Il s'agissait donc de séances de supervision en groupe, lorsqu'ils résidaient en Île de France, de séances individuelles, lorsqu'ils n'étaient pas disponibles en même temps qu'un groupe, ou encore de séances individuelles par Skype, lorsqu'ils résidaient en province.

Chaque thérapeute a inclus à l'étude un patient suivi en psychothérapie ou en consultation psychologique. Pour le groupe expérimental, thérapeutes et patients ont participé à trois temps de recherche sur cinq mois : avant, pendant et après la supervision. Pour le groupe contrôle, thérapeutes et patients ont également participé à trois temps de recherche sur cinq mois.

## **2. PROTOCOLE DE SUPERVISION**

Un protocole standard a été utilisé pour conduire les supervisions.

### **2.1. Contenu théorique de la supervision**

Le protocole de supervision a été standardisé pour s'assurer que tous les thérapeutes reçoivent le même contenu d'informations. Il a été construit à partir des connaissances recensées sur les

facteurs communs, de même qu'en s'inspirant du modèle de *Alliance Focused Training*, dont les modifications ont été argumentées dans la revue de la question. Pendant les supervisions, un aide-mémoire du protocole a été utilisé (cf. Annexe 19). Ce support n'était pas accessible aux thérapeutes. Pour l'animation de la supervision, les principes de l'auto-formation ont été respectés : autonomie et auto-détermination du thérapeute, exploration de la subjectivité du thérapeute pour favoriser la conscience réflexive de soi et la construction d'interventions contextualisées, mise en dialogue avec le groupe de supervision pour se construire dans le champ professionnel.

## **2.2. Grille des besoins de supervision**

Cinq jours avant chaque séance de supervision, une grille des besoins de supervision centrée sur l'alliance thérapeutique était envoyée par courriel aux thérapeutes (cf. Annexe 17). Adapté des travaux de l'équipe de Conrad Lecomte dans les années 1990, cet outil visait à faire réfléchir les thérapeutes à leurs besoins pour la séance de supervision à venir, du point de vue de l'alliance (cf. Annexe 18).

## **3. RECRUTEMENT DES SUJETS-THÉRAPEUTES<sup>50</sup>**

L'échantillon de cette étude était composé de 30 thérapeutes et de 30 patients. Les thérapeutes étaient au centre de cette étude, puisqu'il s'agissait notamment de comprendre l'expérience que les jeunes thérapeutes font de l'alliance thérapeutique, ainsi que leurs positionnements face à celle-ci. La participation des patients visait à comparer les représentations que thérapeutes et les patients avaient de l'alliance. Les caractéristiques de l'échantillon, ainsi que la procédure de recrutement des sujets sont détaillées ci-dessous. Pour éviter de biaiser le recrutement des thérapeutes et pour s'assurer d'inclure une diversité de profils, l'inclusion s'est faite à partir de plusieurs réseaux professionnels et sociaux.

### **3.1. Diffusion de l'information par les réseaux professionnels et par les réseaux sociaux**

Concernant l'information diffusée par les réseaux professionnels, plusieurs collègues ont transmis l'annonce de la supervision-recherche à leurs jeunes collègues par courriel (cf. Annexe 2). Parmi ces personnes se trouvaient : un psychologue-superviseur clinicien et une psychologue spécialisée en neuropsychologie clinique de la région Ile de France, une

---

<sup>50</sup> Pour simplifier la lecture, les sujets-thérapeutes seront nommés « thérapeutes ».

psychologue de la région Nord-Pas-de-Calais, deux enseignants-chercheurs et deux psychologues cliniciennes de la région Grand Est, ainsi qu'un psychologue de l'éducation de la région Languedoc-Roussillon. La même information a également été envoyée par courriel aux psychologues-psychothérapeutes faisant partie du registre des anciens de l'École de Psychologues Praticiens et de celui des anciens du Master éducation de l'Université Montpellier III. L'information a également circulé dans le réseau de la Fédération Française des Psychologues et de Psychologie, dans les régions Grand Est et Hauts-de-France. Elle a également été envoyée par courriel à tous les contacts professionnels de l'auteur de la thèse et publiée sur les réseaux *LinkedIn* et *Facebook*. Ces diffusions ont permis la formation de deux groupes de supervision à Paris, d'un groupe à Nancy, d'un groupe à Lille. Elles ont également donné lieu au recrutement des thérapeutes du groupe contrôle.

### **3.2. Diffusion de l'information par communications orales**

À Nancy, une présentation du projet de supervision et de recherche, d'une durée de 20 minutes a été faite lors d'une conférence organisée par l'Université de Lorraine. À Lille, une présentation du projet de vingt minutes a été faite lors d'une réunion de la coordination régionale de la Fédération Française des Psychologues et de Psychologie. Il a été demandé aux personnes présentes à ces réunions de transmettre l'information au sein de leurs réseaux professionnels respectifs.

### **3.3. Critères d'inclusion des thérapeutes**

Les critères d'inclusion des thérapeutes ont été énoncés dans les annonces écrites et lors des communications orales. Ils ont également été vérifiés lors du contact téléphonique lié au recrutement de chaque thérapeute.

Les sujets de l'étude sont tous psychologues. L'expérience de la supervision clinique permettant d'observer un changement chez les thérapeutes matière d'identité, de confiance et d'autonomie professionnelle à partir de sept années d'expérience de la thérapie, seuls les thérapeutes de moins de six années d'expérience de la pratique de la psychothérapie ou de la consultation psychologique ont été inclus à l'étude (Renaud, 2015). D'autre part, seuls les thérapeutes en activité pouvaient participer à l'étude, puisqu'il leur était demandé d'inclure un patient à l'étude.

## Rappel des critères d'inclusion et d'exclusion des thérapeutes :

### Critères d'inclusion :

- Exercer la profession de psychologue ;
- Avoir moins de 6 années d'expérience de la psychothérapie ou de la consultation psychologique ;
- Être en activité professionnelle, au contact avec des patients ;
- Donner son consentement pour participer.

### Critères d'exclusion :

- Ne pas être un professionnel n'appartenant pas à la profession de psychologue ;
- Ne pas avoir plus de 6 années d'expérience de la psychothérapie et de la consultation psychologique ;
- Ne pas être sans activité professionnelle ou dans une activité professionnelle sans contact avec des patients.

Les thérapeutes ont été inclus dans les groupes - expérimental et contrôle - par ordre de réponse aux annonces de l'étude. Les 15 premiers thérapeutes ont été assignés au groupe expérimental, et les 15 suivants au groupe contrôle.

### **3.4. Déontologie**

Le consentement libre et éclairé des thérapeutes à participer à l'étude a d'abord été obtenu oralement au moment de leur recrutement. Ce dernier s'est fait par le biais d'un contact téléphonique, d'une durée de vingt minutes, pendant lequel les thérapeutes ont été informés des modalités de l'étude. Le nombre d'instruments de mesure les concernant, ainsi que les moments de passation ont été précisés. Il en a été de même concernant les instruments de mesure destinés aux patients. Les thérapeutes ont été assurés de l'anonymat de leur participation, de celle de leur patient, ainsi que de la confidentialité des données de recherche. Comme les thérapeutes incluait eux-mêmes les patients à l'étude, les modalités d'obtention du consentement libre et éclairé de ces derniers leur ont été rappelées, de même que les critères d'inclusion et d'exclusion (cf. paragraphe 4, recrutement des patients). Par la suite, les thérapeutes et les patients ont lu et signé un formulaire de consentement à participer à l'étude envoyé par courriel (cf. Annexe 3 et 4). Lors des échanges téléphoniques, des réponses ont été données aux questions posées par les thérapeutes.

De manière plus spécifique, l'échange téléphonique de recrutement contenait les informations suivantes. Une présentation succincte des antécédents professionnels du chercheur a été faite. Il a été expliqué aux thérapeutes que l'étude visait à évaluer la pertinence d'un modèle de formation aux interactions thérapeutiques, ainsi qu'à appréhender le vécu que les jeunes thérapeutes ont de ces dernières. Ces explications visaient également à permettre aux thérapeutes de comprendre que, dans l'étude, l'attention ne serait pas fixée sur leur personne, ni sur leur travail en particulier. Il s'agissait notamment d'essayer de réduire le biais de désirabilité sociale, qui conduit les sujets à répondre de manière conforme à ce qu'ils perçoivent comme étant socialement désirable. Pour les participants du groupe expérimental, ces explications visaient également à réduire les craintes entourant la performance professionnelle pendant les séances de supervision. Il a été précisé à tous les futurs participants que les résultats de recherche ne seraient dépouillés qu'à la fin des cinq mois de leur participation. Pour le groupe expérimental, cette précision visait également à clarifier le fait que le superviseur ne se mettrait pas volontairement en conflit d'intérêt entre les positions de superviseur et de chercheur en consultant les résultats avant la fin des séances de supervision.

Pour les futurs participants du groupe expérimental, la supervision centrée sur l'alliance a été présentée comme un dispositif construit sur la base des études issues du paradigme de recherche sur les facteurs communs en psychothérapie. Il leur a été expliqué que la supervision avait pour but de les aider à développer leur capacité à travailler en tenant compte des interactions thérapeutiques. Les thérapeutes ont été informés qu'il y aurait entre trois et six participants dans leur groupe de supervision. Le cadre de travail, ainsi que les règles de fonctionnement de la supervision en groupe ont été expliqués. Le groupe a été positionné comme un lieu d'échange d'expériences et de construction de réponses plurielles face à une même situation thérapeutique. Il a été expliqué aux thérapeutes que le rôle du superviseur était de faciliter le travail groupal, ainsi que de transmettre certains apports théoriques et techniques. Il a été demandé aux thérapeutes d'être présents lors des cinq séances de supervision. Enfin, une fiche d'informations a été envoyée aux thérapeutes travaillant en institutions afin d'informer leur hiérarchie de leur participation à l'étude (cf. Annexe 6).

## **4. RECRUTEMENT DES SUJETS-PATIENTS<sup>51</sup>**

La prochaine section décrit les précautions pratiques et déontologiques qu'il a été demandé aux thérapeutes de respecter au moment du recrutement des patients, notamment les critères d'inclusion et d'exclusion de ces sujets.

### **4.1. Consentement des patients**

Ce sont les thérapeutes qui ont procédé au recrutement des patients. Plusieurs raisons ont présidé à ce choix. D'abord, l'étude n'étant adossée à aucune institution, il s'est avéré impossible d'obtenir directement le consentement des patients. Ensuite, le recrutement de ces derniers par le thérapeute permettait de réduire l'interférence du chercheur dans la relation patient-thérapeute. De plus, compte tenu de la double position de chercheur et de superviseur, réduire l'interférence du chercheur dans la relation patient-thérapeute était essentiel à l'établissement d'une relation de confiance avec les thérapeutes, en vue de la supervision. Les thérapeutes ont donc été informés qu'une communication écrite minimale par courriel aurait lieu entre le chercheur et le patient dans le cadre du protocole de recherche (cf. Annexe 9). Il a été expliqué aux thérapeutes qu'il n'y aurait aucune tentative de la part du chercheur de s'immiscer dans la relation patient-thérapeute.

### **4.2. Déontologie**

Compte tenu des différents lieux et régions de pratique des thérapeutes, l'inclusion des patients par le chercheur n'était pas réalisable. Puisque les thérapeutes procédaient eux-mêmes à l'inclusion, il leur a été demandé de s'assurer que le patient répondait bien aux critères d'inclusion et d'exclusion pour participer à l'étude.

Sur le plan déontologique, l'inclusion du patient par le thérapeute peut poser question. Certains patients peuvent accepter de participer pour faire plaisir à leur thérapeute, voire pour éviter un conflit avec ce dernier ou pour préserver une bonne relation. La possibilité de l'évitement des conflits par le patient dans la relation au thérapeute a été souligné préalablement (Safran & Muran, 2000). Néanmoins, il a été demandé aux thérapeutes d'être vigilants au consentement libre et éclairé du patient. Il leur a également été recommandé de ne pas insister en cas d'hésitation ou de refus de la part du patient.

---

<sup>51</sup> Pour simplifier la lecture, les sujets-patients seront nommés « patients ».

Enfin, il a été demandé aux thérapeutes d'informer le patient de la confidentialité des données de recherche, de préciser que la participation à l'étude n'était pas obligatoire et pouvait être refusée à tout moment. Par la suite, les patients ont lu et signé un formulaire de consentement à participer à l'étude envoyé par courriel (cf. Annexe 5).

### **4.3. Critères d'inclusion et d'exclusion des patients**

Il a été demandé aux thérapeutes de respecter certains critères d'inclusion et d'exclusion concernant la participation d'un patient à l'étude.

#### **4.3.1. Critères d'inclusion des patients**

Les critères d'inclusion suivants ont été soulignés :

- ✓ Inclusion d'un patient vu en psychothérapie ou en suivi psychologique

En fonction de leurs pratiques, les thérapeutes devaient inclure à l'étude un patient suivi en psychothérapie ou en consultations psychologiques.

- ✓ Inclusion d'un patient vu régulièrement

Pour tenter de contrôler le rythme des suivis des patients, il a été demandé aux thérapeutes d'inclure à l'étude un patient vu au moins une fois par mois. Le rythme réel des entretiens a également été rapporté par les thérapeutes à la fin du protocole de recherche. Il a aussi été demandé aux thérapeutes d'informer leur patient qu'il lui serait demandé de remplir trois questionnaires de douze items chacun, sur une durée de cinq mois. Les résultats d'un thérapeute du groupe expérimental et du patient qui y était associé ont été exclus des analyses en raison de l'impossibilité de rencontrer ce critère d'inclusion. En effet, il n'y a eu aucune séance de thérapie pendant les cinq mois de l'étude.

#### **4.3.2. Critères d'exclusion des patients**

Il a été demandé aux thérapeutes de proposer la participation à l'étude uniquement aux patients du tout-venant, c'est-à-dire en respectant les critères suivants :



- Absence de troubles cognitifs

Il a été demandé aux thérapeutes d'exclure de l'étude les patients souffrant de troubles cognitifs. Il s'agissait d'éviter une situation dans laquelle le patient ne comprendrait pas les questionnaires de recherche, ce qui pouvait compromettre la validité des réponses. L'exclusion de patients souffrant de troubles cognitifs visait également à prévenir une situation dans laquelle le patient aurait besoin d'être aidé pour remplir les questionnaires. Une telle situation paraissait comporter le risque de biaiser les réponses, particulièrement si le thérapeute aidait le patient à remplir les questionnaires. L'aide du thérapeute pouvait même invalider les réponses, en raison du biais de désirabilité sociale<sup>52</sup> hautement probable.

- Absence de psychopathologies sévères

Il a été demandé aux thérapeutes d'exclure les patients souffrant de troubles cliniques sévères ou de troubles de la personnalité sévères. Avec ces patients, la gestion de l'alliance thérapeutique peut être considérée comme spécifique (Bond & al., 1998). Chez les patients souffrant de troubles de la personnalité sévères, les réactions sont souvent pathogènes du point de vue de la relation. Par exemples, ils éprouvent souvent une difficulté à réguler leurs émotions ainsi que leurs représentations d'eux-mêmes. Ils peuvent présenter une dépression d'abandon avec des affects haineux, ou utiliser des mécanismes de défenses primitifs, ce qui suppose une gestion particulière de l'alliance (Masterson, In Bessette, 2010). Enfin, l'exclusion des patients souffrant de troubles mentaux sévères et de troubles de la personnalité sévères a également été envisagée à la lumière du risque possible pour le patient de développer des pensées pathogènes autour de l'étude, ce qui aurait pu contribuer à détériorer sa santé mentale, par exemple, en nourrissant des idées paranoïdes. Cependant, il a été précisé aux thérapeutes qu'ils pouvaient proposer la participation à l'étude à des patients souffrants de troubles cliniques et/ou de la personnalité modérés ou légers, car ces profils semblaient pouvoir correspondre à des demandes de consultations du tout-venant.

- Exclusion des patients suivis depuis plus de trois mois

Il a été demandé aux thérapeutes de ne pas inclure à l'étude des patients suivis depuis plus de trois mois. Cependant, dans le cas de dix inclusions du groupe expérimental, ce critère n'a pas été respecté, ce qui a également été le cas pour sept inclusions dans le groupe contrôle. En effet, en moyenne, les patients du groupe expérimental ont été inclus après 8,7 mois de suivi,

---

<sup>52</sup> Réponses conformes du patient aux attentes perçues chez son thérapeute.

alors que les patients du groupe contrôle ont été inclus en moyenne après 4 mois de suivi. Ces différences seront statistiquement évaluées ultérieurement.

Concernant le nombre de jours moyen séparant chaque consultation, dans le groupe expérimental, les consultations ont eu lieu en moyenne à 18,8 jours d'intervalle et à 19,8 jours pour le groupe contrôle, ce qui ne semble pas être très différent, mais qui sera néanmoins exploré ultérieurement sur le plan statistique.

#### Rappel des critères d'inclusion et d'exclusion des patients :

##### Critère d'inclusion :

- Le patient est rencontré dans le cadre d'une psychothérapie ou de consultations psychologique ;
- Le patient est rencontré au moins une fois par mois ;

##### Critères d'exclusion :

- Le patient souffre de troubles cognitifs ;
- Le patient souffre de psychopathologies sévères ;
- Le patient est suivi depuis plus de trois mois.

Malgré la précaution prise pour expliciter les critères d'inclusion et d'exclusion des patients aux thérapeutes, certains biais sont tout de même probables dans le recrutement du patient par le thérapeute - comme celui qui consisterait à proposer l'étude aux patients qui sont sympathiques, ou encore à ceux avec qui une bonne alliance préexiste. La présence de ce biais potentiel sera vérifiée ultérieurement.

Au terme de l'étude, les thérapeutes de même que les patients ont été remerciés pour leur participation.

## **5. PROCÉDURE DE RECUEIL DES DONNÉES**

La procédure de recueil des données a été la même pour tous les sujets de l'étude, à ceci près que les thérapeutes du groupe contrôle n'ont pas participé à l'entretien semi-directif de recherche. En effet, il n'aurait pas été pertinent de les amener à expliciter leur expérience de la supervision alors qu'ils n'allaient en faire l'expérience que plus tard, après l'étude et en contrepartie à leur participation.

La procédure de recueil des données s'est effectuée en trois temps, sur cinq mois. Au début des cinq mois, les thérapeutes des deux groupes ont rempli un questionnaire socio-démographique (cf. Annexe 8). Pour le groupe expérimental, les thérapeutes et les patients ont complété un questionnaire auto-rapporté d'alliance, l'Inventaire d'alliance de travail, avant le début des séances de supervision, après la troisième séance de supervision, puis après la cinquième et dernière séance de supervision. Les thérapeutes de ce groupe ont également rempli un questionnaire auto-rapporté de régulation émotionnelle - l'Évaluation multidimensionnelle de la régulation des émotions - avant le début des supervisions et après leur fin. Ils ont également visionné deux extraits vidéo d'interactions patients-thérapeutes et fait des observations sur ces extraits concernant les mouvements potentiels de l'alliance. L'un des extraits était visionné avant le début de la supervision et l'autre après la fin de toutes les séances. Les thérapeutes de ce groupe ont également participé à un entretien de recherche semi-directif après la fin des supervisions.

Concernant le groupe contrôle, les thérapeutes et les patients ont complété le questionnaire auto-rapporté d'alliance, l'Inventaire d'alliance de travail (aussi appelé WAI en anglais), sur les trois temps, sur une durée de cinq mois. Les thérapeutes de ce groupe ont également rempli le questionnaire auto-rapporté intitulé l'Évaluation multidimensionnelle de la régulation des émotions (aussi appelé DERS en anglais) au début de leur participation à l'étude, ainsi qu'à la fin. Ils ont également visionné les deux extraits vidéo d'interactions patients-thérapeutes et ont fait des observations sur ces extraits concernant les mouvements potentiels de l'alliance. L'un des extraits était visionné au début des cinq mois de l'étude et l'autre, à la fin.

	<b>Temps 1 (t1)</b>	<b>Temps 2 (t2)</b>	<b>Temps 3 (t3)</b>
<b>Thérapeutes du groupe expérimental</b>	Questionnaire socio-démographique WAI DERS Vidéo 1	WAI	WAI DERS Vidéo 2 Entretien semi-directif
<b>Patients du groupe expérimental</b>	WAI	WAI	WAI
<b>Thérapeutes du groupe contrôle</b>	Questionnaire socio-démographique WAI DERS Vidéo 1	WAI	WAI DERS Vidéo 2
<b>Patients du groupe contrôle</b>	WAI	WAI	WAI

Tableau 1. Résumé des modalités de collecte des données.

Le recueil des données des questionnaires auto-rapportés des thérapeutes et des patients s'est fait à l'aide de l'éditeur de formulaires en ligne *Google Forms*. L'administration des questionnaires ne s'est pas faite en personne, tout d'abord parce que la personne du chercheur était la même que celle du superviseur. Certains sujets se trouvaient également à une grande distance géographique du chercheur. Enfin, les patients n'étaient accessibles que par l'intermédiaire du thérapeute. D'autre part, l'utilisation de la plate-forme *Google Forms* a permis de ne pas impliquer les thérapeutes dans l'administration des questionnaires destinés aux patients, ce qui visait à réduire le risque d'un biais de désirabilité sociale dans leurs réponses. Pour trois patients vivants en hébergements, l'envoi des questionnaires s'est fait par

la poste, en format papier, avec une enveloppe retour. Les entretiens de recherche ont été conduits par cinq assistants en fonction des disponibilités de ces derniers et de leur proximité géographique avec les thérapeutes. Les assistants ont tous été formés à l'utilisation du guide d'entretien.

Les prochaines sections décrivent les différents instruments de mesure.

### **5.1. L'Inventaire d'alliance de travail**

Un questionnaire d'alliance a été administré aux thérapeutes, en même temps qu'aux patients. Il s'agissait de comparer les représentations de l'alliance des thérapeutes et des patients. Cette double évaluation a été considérée comme un indicateur d'évolution des capacités réflexives et relationnelles du thérapeute.

Plusieurs questionnaires mesurent l'alliance. L'Inventaire d'alliance de travail a été choisi pour cette étude. En effet, il repose sur les travaux de Bordin, dont la définition de l'alliance a été choisie pour cette thèse. Il contient des items qui mesurent l'alliance affective et l'alliance de travail (Horvath & al., 2011). Parmi les différents instruments mesurant l'alliance, l'Inventaire d'alliance de travail est le plus utilisé et le plus reconnu dans la littérature scientifique sur la psychothérapie (Martin & al., 2000). Il existe une version « thérapeute », une version « patient » et une version « observateur » de cet inventaire (cf. Annexes 10 et 11)<sup>53</sup>. L'instrument de mesure est en format 36 items. Il existe également une version plus courte, composée de 12 items, qui a été utilisée pour la présente étude. Elle a été proposée par Tracey et Kokotovic (1989). Elle est cotée sur une échelle Likert de 1 à 7, avec 1 signifiant « jamais » et 7 désignant « toujours », avec des scores totaux allant de 12 à 84. Le questionnaire a été envoyé aux mêmes moments au thérapeute et au patient. Chacun l'a rempli à trois reprises.

L'Inventaire d'alliance de travail est fortement corrélé à d'autres échelles d'alliance, telle que le *Helping Alliance Questionnaire* (HAQ) – un autre questionnaire fréquemment utilisé (Alexander & Luborsky, 1986). Cette forte corrélation laisse penser qu'il y aurait une bonne validité de l'instrument (Elvins & Green, 2008). L'Inventaire d'alliance de travail est également corrélé à la diminution des symptômes du patient et à son évolution thérapeutique (Elvins & Green, 2008 ; Horvath & al., 2011 ; Martin, Garske & Davis, 2000 ; Munder & al.,

---

<sup>53</sup> Des versions « supervisé » et « superviseur » ont également été développées pour évaluer l'alliance de supervision.

2009). De plus, Horvath et Greenberg (1986) ont rapporté un alpha élevé pour le format en 36 items : 0,93 pour le score global du patient et 0,87 pour le score global du thérapeute. Ayant proposé une version courte de l'instrument, en 12 items, Tracey et Kokotovic (1989) ont trouvé des alphas élevés pour chaque sous-échelle, variant de 0,83 à 0,98 (Corbière & al., 2006). Ces résultats suggèrent une bonne cohérence interne de l'instrument. Corbière et al. (2006) considèrent que la traduction française de la version courte de l'Inventaire d'alliance de travail est raisonnablement précise. L'Inventaire d'alliance de travail repose sur trois facteurs : le lien affectif, les objectifs de travail, ainsi que les tâches (Bordin, 1979). Il permet donc de dégager trois sous-échelles, en fonction de ces facteurs, ce qui peut permettre une étude plus fine des composantes de l'alliance.

## **5.2. L'Évaluation multidimensionnelle de la régulation des émotions**

L'Évaluation multidimensionnelle de la régulation des émotions (DERS-F) - en anglais *Difficulties in Emotion Regulation Scale* - est utilisée dans cette étude pour évaluer la régulation émotionnelle des thérapeutes (cf. Annexe 12). Construite par Gratz et Roemer (2004), elle a été traduite en français par Dan-Glauser et Scherer (2013), qui ont aussi validé leur traduction. Cette échelle comprend 36 items. Elle a pour but d'évaluer les difficultés dans la régulation des émotions. Plus le score de l'Évaluation multidimensionnelle de la régulation des émotions est élevé, plus le sujet présente des difficultés dans la régulation de celles-ci. L'outil est construit à partir de l'idée que les difficultés dans la régulation émotionnelles sont impliquées dans les problèmes relationnels, de même que dans l'apparition et dans le maintien de certaines psychopathologies. Pour la présente étude, régulation émotionnelle et régulation interpersonnelle présentent un intérêt du point de vue des capacités relationnelles des thérapeutes. Les sous-échelles de l'Évaluation multidimensionnelle de la régulation des émotions sont liées à ces deux dimensions.

L'Évaluation multidimensionnelle de la régulation des émotions est construite avec six sous-échelles. Quatre d'entre elles sont liées à la régulation émotionnelle : non-acceptation par le sujet de sa réponse émotionnelle, difficulté à adopter des comportements orientés vers un but dans un contexte émotionnel négatif, manque de conscience émotionnelle, difficulté à identifier ses propres émotions. Deux sous-échelles sont liées à la régulation interpersonnelle : difficulté à se contrôler dans un contexte émotionnel négatif (impulsivité), difficulté à mettre en place des stratégies de régulation des émotions dans un contexte émotionnel négatif.

Dan-Glauser et Scherer (2013) ont étudié les qualités psychométriques de la version française du questionnaire. Dans une étude auprès de 455 étudiants, ayant une moyenne d'âge de 24,2 ans, la congruence avec l'échelle d'origine, de même que la consistance interne de l'instrument ont été évaluées. Concernant la congruence avec l'échelle anglaise d'origine, la version française était compatible avec elle à 94%, ce qui est très élevé. La congruence calculée à l'aide du phi de Tucker pour chaque sous-facteur de l'échelle se situait en moyenne à .98, ce qui indiquait que les versions française et anglaise étaient fortement conformes. De plus, l'alpha de Cronbach était à .92 pour l'instrument de mesure dans sa globalité, ce qui indiquait une bonne cohérence interne. L'échelle est donc considérée valide. Néanmoins, plusieurs items semblent se répéter entre eux, ce qui peut laisser penser que l'échelle est teintée de naïveté (cf. Annexe 12). Cependant, il est également possible que ces répétitions permettent d'homogénéiser les résultats. Enfin, l'échelle n'a pas été validée sur une population de thérapeutes. Néanmoins, la population utilisée par Dan-Glauser et Scherer (2013) dans la validation de l'instrument ne paraît pas posséder des caractéristiques trop différentes de celle des jeunes thérapeutes. En effet, la majorité de ces derniers était jeunes diplômés, comme dans l'échantillon de validation de l'échelle.

Dans cette étude, un paragraphe d'introduction a été ajouté à l'échelle. Il s'agit d'une directive demandant au thérapeute de s'imaginer dans les entretiens thérapeutiques avec le patient inclus à l'étude en répondant au questionnaire (Annexe 12).

### **5.3. Les extraits filmés**

Deux extraits filmés ont été construits dans le cadre de cette étude. Ils simulent des interactions thérapeutiques, dans lesquelles le chercheur incarne le thérapeute. Un acteur amateur, ayant de l'expérience en improvisation théâtrale y joue le patient. Avant l'entretien, l'acteur a pris une dizaine de minutes pour déterminer quelques caractéristiques de personnalité du patient, de même que des sujets de préoccupations, puis un entretien thérapeutique a été improvisé. A l'intérieur de ce dernier, deux extraits de cinq minutes ont été choisis. Ils ont été sélectionnés en raison de la présence d'une élaboration chez le patient-acteur.

Dans le cadre de la présente étude, les thérapeutes ont été invités à coter les mouvements de l'alliance perçus dans ces extraits filmés (cf. Annexes 13 et 14). Pour ce faire, ils ont identifié les mouvements de l'alliance, ou l'absence de mouvement, qu'ils percevaient dans les extraits

filmés. Lorsque des mouvements étaient identifiés, il leur fallait indiquer à quel moment précisément dans l'extrait vidéo. Il été demandé aux thérapeutes ne pas dépasser 15 minutes pour visionner chaque extrait filmé et pour remplir la feuille-réponse. Il leur a été précisé que des réponses spontanées étaient souhaitées. Enfin, afin de ne pas biaiser la cotation des extraits filmés, aucun jugement n'a été formulé quant au nombre de mouvements susceptibles d'être ou non identifiés.

Pour permettre une comparaison entre les jeunes thérapeutes participant à l'étude et des thérapeutes plus expérimentés, 8 experts ont également été invités à coter les deux extraits filmés. Les experts ont été choisis en fonction de leur expérience en tant que praticien, c'est-à-dire 10 ans et plus. Également, dans leurs activités pratiques et/ou de recherche, ils devaient présenter un intérêt particulier pour l'alliance et/ou pour la relation thérapeutique. En moyenne, les 8 experts avaient 18,6 années d'expérience. Parmi les experts, on retrouvait :

- Une psychologue pratiquant depuis 35 ans, ayant enseigné à l'université, qui a fait de la recherche sur l'alliance ;
- Un professeur des universités, pratiquant depuis 19 ans et ayant publié des articles sur l'alliance ;
- Un maître de conférences à l'université, pratiquant depuis 20 ans et enseignant des cours sur l'alliance ;
- Une psychologue pratiquant depuis 20 ans, ayant reçu une formation initiale centrée sur la relation et l'alliance thérapeutiques ;
- Une psychologue pratiquant depuis 18 ans, ayant reçu une formation initiale centrée sur la relation et l'alliance thérapeutiques ;
- Une psychologue pratiquant depuis 14 ans, chargée de cours à l'université et ayant reçu de la supervision avec une emphase sur le transfert ;
- Un psychologue pratiquant depuis 13 ans, formé en psychanalyse, en hypnose et en EMDR ;
- Un psychologue-psychanalyste, pratiquant depuis 10 ans en tant que psychologue et depuis 15 ans en tant que psychanalyste.



Les experts visionnaient les mêmes extraits filmés que les thérapeutes. Ils avaient accès aux mêmes formulaires de consignes et de réponses (cf. Annexes 13 et 14). Il leur était demandé de consacrer un maximum de 15 minutes à visionner chaque extrait filmé et à remplir la feuille-réponse. Il leur a également été précisé que des réponses spontanées étaient souhaitées. Pour les thérapeutes comme pour les experts, la cotation des mouvements de l'alliance s'est faite à partir des choix de réponses suivants : maintien de l'alliance pendant tout l'extrait, renforcement de celle-ci, affaiblissement mineur de l'alliance, affaiblissement modéré, affaiblissement important (cf. Annexe 13).

#### **5.4. L'entretien semi-directif**

L'entretien semi-directif complète le protocole de recherche des thérapeutes du groupe expérimental. Il vise d'abord à comprendre le vécu du thérapeute dans l'alliance avec le patient ayant participé à l'étude. Il a ensuite pour objectif de recueillir le point de vue des thérapeutes concernant leur participation à la supervision centrée sur l'alliance.

##### **5.4.1. Le guide d'entretien**

Le guide d'entretien a été construit en s'inspirant du *Therapist Relationship Interview Termination* de Safran et Muran (2008) (cf. Annexes 15 et 16). Il s'articule autour de sept thèmes. Chaque thème comporte des sous-thématiques, pour lesquelles l'interviewer doit relancer le thérapeute. Il y a donc 37 sous-thématiques. Au cas où certains thérapeutes auraient peu à dire concernant leur alliance avec le patient choisi pour l'étude - comme cela peut être le cas quand le score d'alliance est très élevé - il a été demandé aux assistants de recherche d'interroger le thérapeute au sujet des alliances avec d'autres patients. L'entretien semi-directif a été conduit dans les trois semaines après la fin des supervisions.

##### **Thème 1 : Travail engagé avec le patient**

Ce thème est centré sur les modalités du suivi. Il cherche également à obtenir une première représentation du thérapeute quant à sa relation avec le patient inclus à l'étude. Les sous-thèmes sont les suivants : début du suivi, continuité, séance actuelle, assiduité du patient, perception du processus thérapeutique par le thérapeute, description de sa relation avec le patient.

## Thème 2 : Perception de l'évolution du patient

Ce thème s'articule autour de la manière dont le thérapeute perçoit l'évolution thérapeutique du patient. Les sous-thèmes sont les suivants : implication du patient, type d'aide souhaité par le patient, perception des souhaits et des objectifs du patient, satisfaction du thérapeute concernant l'évolution thérapeutique, perception du thérapeute concernant la manière dont le patient se sent avec lui.

## Thème 3 : Vécu du suivi

Ce thème est centré sur le vécu du thérapeute dans l'interaction avec le patient. Les sous-thèmes sont les suivants : satisfaction par rapport au déroulement des entretiens, souhaits et objectifs du thérapeute, manière dont il perçoit l'attitude du patient à son égard, ressenti vis-à-vis du patient.

## Thème 4 : Vécu du plus récent entretien

Ce thème s'articule autour de la manière dont le thérapeute perçoit le déroulement du plus récent entretien avec le patient. Les sous-thèmes sont les suivants : perception du déroulement, vécu et ressenti pendant l'entretien, mouvements relationnels perçus, vécu en lien avec les mouvements perçus, interventions et positionnements lors de ce rendez-vous, réactions du patient.

## Thème 5 : Moments difficiles avec le patient

Ce thème vise à permettre au thérapeute d'élaborer autour d'un ou de moments difficiles vécus dans la relation avec le patient inclus à l'étude, ou avec d'autres patients. Les sous-thèmes sont les suivants : moments difficiles, vécu et émotions qui y ont été associés, identification du problème relationnel, intervention et positionnement du thérapeute, réaction du patient, sentiment sur l'issue du problème, effet de ce moment sur le suivi en général.

## Thème 6 : Effets de la supervision sur le travail

Ce thème est centré sur le point de vue du thérapeute concernant les effets de la supervision centrée sur l'alliance sur son travail avec le patient choisi pour l'étude, ou avec d'autres patients. Les sous-thèmes sont les suivants : changements perçus (ou pas) dans le travail avec le patient, dans le rapport à soi, dans la relation avec le patient.

## Thème 7 : Vécu de la supervision

Ce thème vise à permettre l'élaboration du thérapeute autour de son vécu de la supervision en groupe. Les sous-thèmes sont les suivants : vécu de la relation au superviseur, orientation de la supervision vers ses buts et ses préoccupations, vécu de la méthode, sentiment global.

### **5.4.2. La formation des assistants de recherche**

Dans cette étude, il n'était pas envisageable que le chercheur-superviseur assure la conduite des entretiens de recherche. En effet, ces derniers allaient amener les thérapeutes à parler de leur expérience de la supervision centrée sur l'alliance. Il leur fallait donc des conditions assurant une parole libre. Cinq assistants ont donc été recrutés pour conduire les entretiens de recherche. Ils se sont tous présentés comme tels lors des entretiens avec les thérapeutes du groupe expérimental. Tous les assistants ont reçu comme consigne d'aider les thérapeutes à approfondir leur vécu de l'alliance thérapeutique et de la supervision centrée sur l'alliance pendant l'entretien.

A Paris, trois étudiants de 4<sup>e</sup> année de l'École de Psychologues Praticiens ont été formés à l'entretien semi-directif sur une durée de trois heures. Cette formation comportait une partie théorique sur l'entretien semi-directif, sur les techniques d'entretiens, ainsi que sur la posture relationnelle nécessaire à la conduite des entretiens. De plus, une étude du guide d'entretien, de même que des entraînements pratiques à partir de ce guide ont été effectués. Des jeux de rôle - suivis de débriefing - ont été utilisés pour les entraînements pratiques. À Nancy et à Lille, deux psychologues – scolaire et de la santé - ont conduit les entretiens. Elles avaient toutes deux de l'expérience en recherche et en conduite d'entretien. Avec ces deux professionnelles, une mise au point a été faite sur le guide d'entretien, sur les techniques d'entretiens, ainsi que sur la posture relationnelle à adopter pendant l'entretien.

À la fin des supervisions, les thérapeutes du groupe expérimental ont été prévenus qu'un assistant de recherche les contacterait pour un entretien de recherche. Ils ont également été informés qu'il leur demanderait l'autorisation d'enregistrer l'échange sur une bande audio, dans le but de pouvoir ensuite réaliser une analyse approfondie des réponses globales de tous les sujets. Il leur a été précisé que l'enregistrement de l'entretien serait conservé de manière confidentielle par le chercheur, qu'elles seraient retranscrites puis détruites après la soutenance de thèse. Il a été demandé à tous les assistants de recherche d'obtenir le

consentement verbal des thérapeutes à l'enregistrement audio de l'entretien au moment de ce dernier.

## **6. PROCÉDURE DE TRAITEMENT DES DONNÉES**

Le traitement des données de cette étude s'organise en plusieurs étapes : 1) l'analyse des résultats des patients et des thérapeutes à l'Inventaire d'alliance de travail ; 2) l'analyse des résultats des thérapeutes à l'Évaluation multidimensionnelle de la régulation des émotions ; 3) l'analyse des résultats de la cotation des extraits vidéos des groupes de thérapeutes et des experts ; 4) l'analyse des données textuelles provenant des entretiens de recherche des thérapeutes.

### **6.1. Analyse des données produites par l'Inventaire d'alliance de travail**

La première analyse de données de cette étude porte sur la comparaison des résultats des patients et des thérapeutes, des deux groupes - expérimental et contrôle - à l'Inventaire d'alliance de travail, aux trois temps de l'étude se déroulant sur cinq mois : avant, pendant et après. Il s'agit de comparer l'évolution de la représentation de l'alliance dans les deux groupes, pour les thérapeutes et pour les patients. Pour ce faire, une ANOVA à mesures répétées a été réalisée pour tester les différences entre les moyennes d'alliance des sujets des groupes - expérimental et contrôle - avec comme variable dépendante, les scores d'alliance. Elle était également composée de trois variables indépendantes, c'est-à-dire les trois temps de l'étude (t1, t2, t3), le type de sujet (thérapeute ou patient), ainsi que le groupe (expérimental ou contrôle). Trois ANOVA à mesures répétées ont également été réalisées afin de comparer les moyennes des scores d'alliance des patients et des thérapeutes aux trois sous-échelles de l'Inventaire d'alliance de travail : entente autour du lien affectif, des tâches et des objectifs thérapeutiques. Il s'agit d'affiner la réponse à l'hypothèse de recherche H1, qui postule que la supervision centrée sur l'alliance améliorerait les représentations que le thérapeute et le patient ont de la capacité du thérapeute à installer son dispositif de soins dans un environnement intersubjectif fondé sur l'alliance.

### **6.2. Analyse des données produites par l'Évaluation multidimensionnelle de la régulation des émotions**

La seconde analyse de données de cette étude consiste à comparer les résultats des thérapeutes des deux groupes à l'Évaluation multidimensionnelle de la régulation des émotions au premier et au dernier temps de l'étude. Cette échelle a notamment permis de mesurer la

régulation émotionnelle des thérapeutes au début et à la fin de l'étude. Il s'agit alors de répondre à l'hypothèse de recherche H2, selon laquelle la supervision centrée sur l'alliance améliorerait la représentation que les thérapeutes ont de leur capacité à réguler leurs réactions subjectives en thérapie. L'échelle a également permis de mesurer la régulation interpersonnelle des thérapeutes au début et à la fin de l'étude. Il s'agit ici de répondre à l'hypothèse de recherche H4, selon laquelle la supervision centrée sur l'alliance améliorerait la représentation que le thérapeute a de sa capacité à s'apparier à l'interaction thérapeutique, notamment dans les moments relationnels difficiles.

Une ANOVA à mesures répétées a été réalisée pour tester les différences entre les moyennes de régulation émotionnelle et interpersonnelle des thérapeutes des deux groupes, expérimental et contrôle, avec comme variable dépendante, les scores de régulation émotionnelle et interpersonnelle. Elle était composée de deux variables indépendantes : les trois temps de l'étude, ainsi que le groupe (expérimental ou contrôle). Six ANOVA à mesures répétées ont également été effectuées afin de comparer les scores de régulation émotionnelle et interpersonnelle des thérapeutes des deux groupes, expérimental et contrôle, aux sous-échelles de l'Évaluation multidimensionnelle de la régulation des émotions. Quatre ANOVA à mesures répétées concernaient donc les sous-échelles de régulation émotionnelle : non-acceptation de sa propre réponse émotionnelle (non-acceptation), difficultés à adopter des comportements orientés vers un but dans un contexte émotionnel négatif (buts), manque de conscience émotionnelle (conscience), difficulté à identifier ses propres émotions (clarté émotionnelle). Deux ANOVA à mesures répétées concernaient les sous-échelles de régulation interpersonnelle : difficulté à se contrôler dans un contexte émotionnel négatif (impulsivité), difficultés à mettre en place des stratégies de régulation des émotions dans un contexte émotionnel négatif (stratégies). Il s'agit d'affiner la réponse aux hypothèses de recherche H2 et H4 concernant la représentation que le thérapeute a de sa capacité à réguler ses réactions subjectives en thérapie et à s'apparier à l'interaction thérapeutique, notamment dans les moments relationnels difficiles.

### **6.3. Analyse des données issues de la cotation des extraits vidéo**

La troisième analyse de données de cette étude permet de comparer les résultats des thérapeutes des deux groupes, expérimental et contrôle, au niveau de leur cotation des mouvements de l'alliance. Le nombre de cotations des mouvements de l'alliance est une variable dépendante et le groupe (expérimental ou contrôle) est une variable indépendante.

Les cotations des mouvements globaux, positifs et négatifs de l'alliance ont été analysées à l'aide d'ANOVA. Il s'agit de répondre à la question de recherche H3 qui postule que la supervision centrée sur l'alliance améliorerait la capacité du thérapeute à identifier les mouvements de l'alliance.

Également, l'analyse permet de comparer les 30 thérapeutes aux experts dans la cotation des mouvements l'alliance. Le nombre de cotations des mouvements de l'alliance est une variable dépendante et le groupe (jeunes thérapeutes ou thérapeutes expérimentés) est une variable indépendante. Les cotations des mouvements globaux, positifs et négatifs de l'alliance faites par les 30 thérapeutes et par les experts ont été analysées à l'aide d'ANOVA. Il s'agit de répondre à l'hypothèse de recherche H5 stipulant que les thérapeutes expérimentés identifieraient davantage de mouvements de l'alliance que les jeunes thérapeutes.

#### **6.4. Analyse des données provenant de l'entretien de recherche**

La quatrième analyse de données de cette étude vise à examiner les verbatims des entretiens de recherche, afin d'étudier la représentation subjective des thérapeutes du groupe expérimental, concernant l'alliance avec le patient choisi pour la recherche, ainsi qu'en lien avec la supervision centrée sur l'alliance.

Pour ce faire, la méthode Alceste<sup>54</sup> a été utilisée (Reinert, 1983). Les données ont donc été traitées à l'aide du logiciel Iramuteq d'analyse des données textuelles, qui s'appuie sur le langage R. Il permet de déceler d'éventuelle co-occurrence des formes et d'analyser les similitudes dans les données textuelles (Ratineau, 2009). Le logiciel Iramuteq permet donc d'obtenir des statistiques à partir du corpus d'entretiens. Il identifie des classes de discours à partir de mots qui se répètent. Il reconnaît les mots qui ont tendance à se répéter à l'intérieur d'une même classe. Lorsque les regroupements de classes et de mots s'avèrent statistiquement significatifs, il est possible d'inférer que la distribution des mots ne s'est pas faite au hasard, permettant ainsi d'argumenter qu'il existe un sens aux classes de mots, de même qu'aux mots répétitifs identifiés par le logiciel.

L'analyse descriptive des entretiens permet de donner des pistes de réponses aux hypothèses de recherche H1, H2, H3 et H4, portant sur la représentation que les thérapeutes ont de leur capacité à installer leur dispositif de soins dans un environnement intersubjectif fondé sur

---

<sup>54</sup> Analyse lexicale par Contexte d'un Ensemble de Segments de Texte.

l'alliance, à réguler leurs émotions en entretiens, à identifier les variations de l'alliance et à s'ajuster aux moments relationnels difficiles en thérapie. Les thérapeutes du groupe contrôle n'ont pas été rencontrés en entretiens de recherche, puisque ces derniers portaient en grande partie sur la représentation et le vécu du thérapeute concernant la supervision centrée sur l'alliance. Or, les thérapeutes du groupe contrôle n'ont pas participé à la supervision pendant le protocole de recherche, mais plutôt après.

## **2. RÉSULTATS**



## 1. ANALYSES STATISTIQUES DES DONNÉES

Les différentes analyses statistiques des données ont été réalisées à l'aide du logiciel JASP. Avant d'exposer les résultats, il importe de rappeler les variables à l'étude.

Parmi les variables descriptives concernant les thérapeutes, on retrouve :

- L'année d'obtention du diplôme ;
- Le nombre de mois de pratique ;
- L'âge ;
- Le sexe ;
- La région d'exercice (2 niveaux : Ile de France ou province) ;
- La spécialité de pratique (6 niveaux : clinique, santé, gérontologie, éducation/développement, judiciaire, neuropsychologie) ;
- L'institution d'exercice (7 niveaux : hôpital, association, cabinet RPS ou structure privée, EHPAD/Maison médicalisée/Soins à domicile, handicap/déficiência, enfance, aucune institution de pratique) ;
- L'approche thérapeutique (4 niveaux : intégrative, psychodynamique, TCC/systémique, humaniste) ;
- L'établissement d'obtention du diplôme (2 niveaux : université ou établissement privé) ;
- Les formations antérieures à l'alliance (2 niveaux : cours, formation ou supervision à l'alliance reçus, aucune formation à l'alliance) ;
- Le nombre de mois de suivi au moment de l'inclusion du patient au protocole de recherche ;
- L'intervalle entre les séances, en nombre moyen de jours.

Parmi les variables dépendantes, on retrouve :

- Les scores d'alliance des thérapeutes et des patients (scores globaux et aux sous-échelles) ;
- Les scores de régulation émotionnelle des thérapeutes (scores globaux et aux sous-échelles) ;
- Les cotations des deux extraits vidéo par les thérapeutes (cotations des mouvements globaux, positifs et négatifs de l'alliance).

Parmi les variables indépendantes, on retrouve :

- Les groupes de thérapeutes (2 niveaux : expérimental ou contrôle).

### **1.1. Données socio-démographiques des participants**

Avant de présenter les résultats de l'étude, il convient de donner un aperçu des caractéristiques socio-démographiques des sujets ayant participé à l'étude. Il est également important de rappeler que les sujets - thérapeutes et patients - qui ont participé à l'étude correspondaient aux critères d'inclusion et d'exclusion cités précédemment, à une restriction près. En effet, dans 17 cas sur 30<sup>55</sup>, le critère d'exclusion « Le patient est suivi depuis plus de trois mois » n'a pas été respecté, ce qui a été expliqué précédemment. Certains thérapeutes ont donc inclus à l'étude des patients suivis depuis plus de trois mois.

#### **1.1.1. Données socio-démographiques des thérapeutes**

L'échantillon des 30 thérapeutes était composé de 90% de femmes (n = 27) et de 10% d'hommes (n = 3). L'âge moyen était de 29,1 ans, avec un écart-type de  $\sigma = 6,86$ , ce qui indique une dispersion importante de l'âge des sujets. 70% des thérapeutes étaient diplômés de l'université (n = 21) et 30% d'établissements privés (n = 9). En moyenne, les thérapeutes pratiquaient la psychothérapie et/ou la consultation depuis 22,2 mois. Les secteurs de pratique étaient les suivants : 30% en milieu hospitalier (n = 9), 13,3% en milieu associatif (n = 4), 6,7% en cabinet RPS<sup>56</sup> ou en structure privée (n = 2), 10% en EHPAD<sup>57</sup>/Maison médicalisée/Soins à domicile (n = 3), 6,7% en milieu du handicap/déficiência (n = 2), 6,7% en secteur de l'enfance (n = 2). Parmi les thérapeutes, 46,7% avaient une pratique libérale (n = 14), dont 20% une pratique libérale associée à leur pratique institutionnelle (n = 6) et 26,7% une pratique libérale seule (n = 8). 40% des thérapeutes déclaraient avoir une approche intégrative (n = 12), 20% psychodynamique (n = 6), 30% TCC/systemique (n = 9), 10% humaniste (n = 3). 50% des thérapeutes estimaient avoir reçu de la formation à l'alliance pendant leur parcours d'étude ou leur parcours professionnel (n = 15) et 50% jugeaient ne pas en avoir reçu (n = 15) (cf. Annexe 20, Tableaux 1 à 8).

---

<sup>55</sup> 56% des situations : 33,3% du groupe expérimental et 23% du groupe contrôle.

<sup>56</sup> Cabinet de prévention des risques psychosociaux.

<sup>57</sup> Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (maison de retraite).

### **1.1.2. Données socio-démographiques des patients**

Parmi les 30 patients ayant accepté de participer à l'étude, 25 étaient adultes et 5 âgés entre 15 et 17 ans. Dans le groupe expérimental, 12 patients étaient adultes et 3 âgés de 17 ans. Dans le groupe contrôle, 13 patients étaient adultes et 2 âgés de 15 à 17 ans.

Aucune autre donnée démographique n'a été recueillie concernant les patients. En effet, l'étude portant sur la formation des thérapeutes, dans le protocole de recherche, les patients ont été considérés comme des sujets secondaires. Leur participation a été essentiellement demandée pour comparer leur représentation de l'alliance à celle du thérapeute, puisque cette évaluation à deux est considérée, sur le plan scientifique, comme plus juste que celle du thérapeute uniquement. Dans la présente étude, les scores d'alliance constituent des indicateurs d'évolution des capacités réflexives et relationnelles des thérapeutes, plus particulièrement lorsque l'on étudie l'adéquation patient-thérapeute au niveau de ces scores. Enfin, recueillir plus d'informations démographiques concernant les patients aurait alourdi un protocole de recherche déjà complexe<sup>58</sup>. Néanmoins, ces données auraient pu être intéressantes pour affiner les analyses. Par exemple, elles auraient pu nous aider à comprendre les différences ou les similitudes concernant les effets de la supervision centrée sur l'alliance pour des patients souffrant de différents troubles. Si l'étude était reproduite, il serait intéressant d'ajouter un court questionnaire démographique aux instruments de mesure remplis par les patients.

## **1.2. Statistiques descriptives**

Au niveau des variables descriptives, la comparaison visuelle des caractéristiques socio-démographiques des groupes - expérimental et contrôle - de thérapeutes incite à la prudence. Les données des variables descriptives continues et discontinues ont donc été analysées, de façon à vérifier la ressemblance ou la dissemblance des deux groupes.

### **1.2.1. Statistiques descriptives des variables continues**

Les données des variables descriptives continues ont été analysées à l'aide du test *t* de Student.

Dans le groupe expérimental, l'année moyenne d'obtention du diplôme est 2014. Pour le groupe contrôle, il s'agit de 2015. Les deux groupes ont participé au protocole de recherche à

---

<sup>58</sup> Rappel : pour les 30 thérapeutes, il y avait une échelle à remplir trois fois, une autre deux fois, deux extraits vidéo à coter. Pour les thérapeutes du groupe expérimental, il y avait également un entretien de recherche.

un an d'écart. La différence au niveau de l'année d'obtention du diplôme entre les deux groupes – expérimental et contrôle - n'est pas significative ( $t(28) = -1,97$  ;  $p = 0,06$  ;  $d = 0,72$ ). Pour la variable du nombre de mois de pratique des thérapeutes, le  $t$  de Student indique qu'il n'y a pas de différence significative entre les deux groupes ( $t(28) = 1.34$  ;  $p = 0.19$  ;  $d = 0,49$ ). Pour la variable de l'âge, le test  $t$  de Student indique qu'il n'y a pas de différence significative entre les groupes ( $t(28) = -1.35$  ;  $p = 0.19$  ;  $d = 0.49$ ) (cf. Annexe 20, Tableaux 2.1. et 2.2.).

Concernant les variables liées au suivi thérapeutique, aucune différence n'a été observée entre les deux groupes aux niveaux de la variable de la fréquence du suivi thérapeutique ( $\chi^2(28) = 2.10$  ;  $p = 0.80$  ;  $d = 0.77$ ). Une différence a cependant été observée au niveau du nombre moyen de mois de suivi au début de l'étude ( $\chi^2(28) = -0.26$  ;  $p = 0.05$  ;  $d = -0.10$ ) (cf. Annexe 20, Tableaux 2.3. et 2.4.).

**Les variables descriptives continues caractéristiques des deux groupes ne montrent pas de différence significative.** Il n'y a qu'une différence entre les deux groupes, à savoir le nombre moyen de mois de suivi du patient (cf. Tableau 2).

Tableau 2. Résumé des résultats au test  $t$  des variables descriptives continues.

<b>Variab</b> les	<b>Expérimental</b> <b>(n=15)</b> <b>M (ÉT)</b>	<b>Témoin</b> <b>(n=15)</b> <b>M (ÉT)</b>	<b><i>p</i></b>
<b>Année d'obtention du diplôme</b>	2014 (1.68)	2015 (1.47)	0.06
<b>Nombre de mois de pratique</b>	26.43(18.49)	17.87(16.48)	0.19
<b>Âge</b>	27.40(2.38)	30.73(9.26)	0.19
<b>Nombre de mois de suivi</b>	8.67 (8.27)	3.99 (2.42)	<b>0.05</b>
<b>Fréquence de suivi en nombre de jours</b>	18.8 (2.71)	19.8 (2.64)	0.80

### 1.2.2. Statistiques descriptives des variables discontinues

Les données des variables descriptives discontinues ont été analysées à l'aide de tests du khi-carré.

**Aucune différence n'a été observée** entre les groupes - expérimental et contrôle - **aux niveaux des variables liées aux thérapeutes** : le sexe ( $\chi^2(1) = 0.37$  ;  $p = 0.54$ ), la région géographique ( $\chi^2(1) = 1.22$  ;  $p = 0.27$ ), la spécialité de pratique ( $\chi^2(5) = 5.80$  ;  $p = 0.33$ ), l'approche thérapeutique ( $\chi^2(3) = 1.44$  ;  $p = 0.70$ ), le type d'établissement d'obtention du diplôme ( $\chi^2(1) = 1.43$  ;  $p = 0.23$ ) et la formation antérieure à l'alliance ( $\chi^2(1) = 0.13$  ;  $p = 0.71$ ), la présence ou l'absence de pratique libérale ( $\chi^2(1) = 0.54$  ;  $p = 0.46$ ). Une seule différence significative entre les deux groupes a été observée au niveau de l'institution d'exercice ( $\chi^2(6) = 13.28$  ;  $p = 0.04$ ). En effet, la plupart des thérapeutes du groupe expérimental ont une pratique hospitalière ou aucune pratique institutionnelle, alors que les thérapeutes du groupe contrôle se distribuent davantage dans les différents types d'institutions d'exercice (cf. Tableau 3 ; cf. Annexe 20, Tableaux 3.1. à 3.9.).

Tableau 3. Résumé des résultats au test du khi-carré des variables descriptives discontinues.

Variables	Expérimental (n=15) Fréquence (%)	Témoin (n=15) Fréquence (%)	<i>p</i>	
<b>Sexe</b>				
Femme	13 (86.7%)	14 (93.3%)	0.54	
Homme	2 (13.3%)	1 (6.7%)		
<b>Établissement du diplôme</b>				
Université	9 (60%)	12 (80)	0.23	
Étab. privé	6 (40%)	3 (20%)		
<b>Région géographique</b>				
Ile de France	7 (46.7%)	10 (66.7%)	0.27	
Province	8 (53.3%)	5 (33.3%)		
<b>Approche thérapeutique</b>				
Intégrative	5 (33.3%)	7 (46.7)	0.70	
Psychodynamique	4 (26.7%)	2 (13.3%)		
TCC/Systémie	5 (33.3%)	4 (26.7%)		
Humaniste	1 (6.7%)	2 (13.3)		
Spécialité de pratique				
Clinique	12 (80%)	8 (53.3%)	0.33	
Santé	1 (6.7%)	1 (6.7%)		
Gérontologie	0 (0%)	2 (13.3%)		
Education/Dév.	1 (6.7%)	3 (20%)		
Judiciaire	1 (6.7%)	0 (0%)		
Neuropsychologie	0 (0%)	1 (6.7%)		
<b>Institution d'exercice</b>				
Pas d'institution	5 (33.3%)	3 (20%)	0.04	
Hôpital	7 (46.7%)	2 (13.3%)		
Association	1 (6.7%)	3 (20%)		
Cabinet RPS ou privé	0 (0%)	2 (13.3%)		
EHPAD /Maisons	0 (0%)	3 (20%)		
méd. /Soins à dom.	0 (0%)	2 (13.3%)		
Handicap / Défici.	2 (13.3%)	0 (0%)		
Enfance				
<b>Formation antérieure à l'alliance</b>				
Reçue	8 (53.3%)	7 (46.7%)		0.71
Aucune	7 (46.7%)	8 (53.3%)		
<b>Pratique libéral</b>				
Oui	6 (40%)	8 (53.3%)	0.46	
Non	9 (60%)	7 (46.7%)		

Malgré une différence dans les lieux de pratique des thérapeutes et dans le nombre de mois du début du suivi du patient, **les caractéristiques principales des deux groupes ne les distinguent pas.**

### **1.3. Analyses statistiques des données produites par les instruments de mesure**

Cette section présente les résultats de l'expérience, liés à l'Inventaire d'alliance de travail, à l'Évaluation multidimensionnelle de la régulation des émotions, ainsi qu'à la cotation des extraits vidéo. Il faut noter que les postulats de normalité, d'homogénéité des variances et de sphéricité ont été vérifiés pour chaque analyse. Les coefficients d'aplatissement et d'asymétrie ont également été examinés.

#### **1.3.1. Analyse des scores de l'Inventaire d'alliance de travail<sup>59</sup>, variable « Alliance »**

L'évolution des scores d'alliance des thérapeutes et des patients a été prise en considération afin de répondre à l'hypothèse de recherche H1 : le modèle de supervision centré sur l'alliance améliorerait les représentations que le thérapeute et le patient ont de la capacité du thérapeute à installer son dispositif de soins dans un environnement intersubjectif fondé sur l'alliance.

Rappelons que la variable « Alliance » est évaluée comme la somme des résultats des sujets aux trois dimensions de l'échelle (Lien, Tâches et Objectifs).

Une ANOVA à mesure répétée, comprenant les trois modalités du facteur inter-sujet « Temps », les deux modalités du facteur intra-sujet « Acteur » et les deux modalités du facteur inter-sujet « Groupe » a été réalisée sur la variable « Alliance », avec un niveau de confiance de 95%.

Ainsi, pour les scores d'Alliance des thérapeutes et des patients, on observe ceci :

- Pas d'effets principaux du Groupe (expérimental vs contrôle) et du Temps (t1 vs t2 vs t3).
- Pas d'effets d'interaction « Groupe\*Acteur », « Acteur\*Temps » et « Groupe\*Acteur\*Temps ».

---

<sup>59</sup> Échelle d'alliance thérapeutique.

- Un effet principal de l'Acteur (« thérapeute » vs « patient ») : il existe une différence significative entre la moyenne des évaluations de « l'Alliance » des thérapeutes (M= 61,2) et celle des patients (M= 66,6), avec une taille d'effet moyenne (cf. Tableau 4). Les patients ont donné des évaluations de l'alliance plus élevées que celles des thérapeutes,  $F(1,56) = 5,9$ ,  $p = 0,02$ ,  $\eta_p^2 = 0,10$ <sup>60</sup>.

Scores des acteurs sur la dimension Alliance

Acteur	moyenne	sd	se
Pa	66.62	9.63	1.01
Th	61.21	9.17	0.97

Tableau 4. Scores globaux d'alliance des patients et des thérapeutes.

- Un effet d'interaction « Groupe\*Temps » : au cours du temps, lors des trois mesures, dans le groupe expérimental, les thérapeutes et les patients augmentaient leurs scores « d'Alliance » initial, avec une « petite » taille d'effet, alors que dans le groupe contrôle, les thérapeutes et les patients maintenaient la moyenne de leurs scores,  $F(2, 112) = 3,05$ ,  $p = 0,05$ ,  $\eta_p^2 = 0,05$  (cf. Figure 1 ; cf. Annexe 21, Tableau 5).

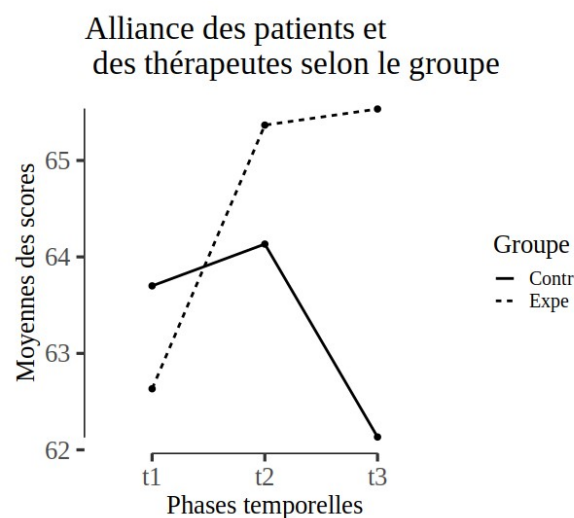


Figure 1. Évolution des scores d'alliance des thérapeutes et des patients, dans le temps, dans les groupes expérimental et contrôle<sup>61</sup>.

<sup>60</sup> Rappel des valeurs de l'éta-carré partiel ( $\eta_p^2$ ): autour de 0,01 : petite taille d'effet ; autour de 0,06 : taille d'effet moyenne ; autour de 0,14 et plus : grande taille d'effet.

<sup>61</sup> Les « phases temporelles » représentent les trois temps de l'étude (avant, pendant, après). Les « moyennes des scores » représentent les scores d'alliance des patients et des thérapeutes. L'ANOVA été réalisée en



Pour les scores d'alliance des thérapeutes, on observe ceci :

- Pas d'effets principaux du Groupe (expérimental vs contrôle) et du Temps (t1 vs t2 vs t3).
- Un effet d'interaction « Groupe\*Temps » : au cours du temps, lors des trois mesures, dans le groupe expérimental, les thérapeutes augmentaient la moyenne de leurs scores « d'Alliance » initial, avec une « grande » taille d'effet, alors que dans le groupe contrôle, les thérapeutes maintenaient la moyenne de leurs scores,  $F(2, 56) = 4,09, p = 0,02, \eta_p^2 = 0,18$  (cf. Figure 2 ; cf. Annexe 21, Tableau 6).

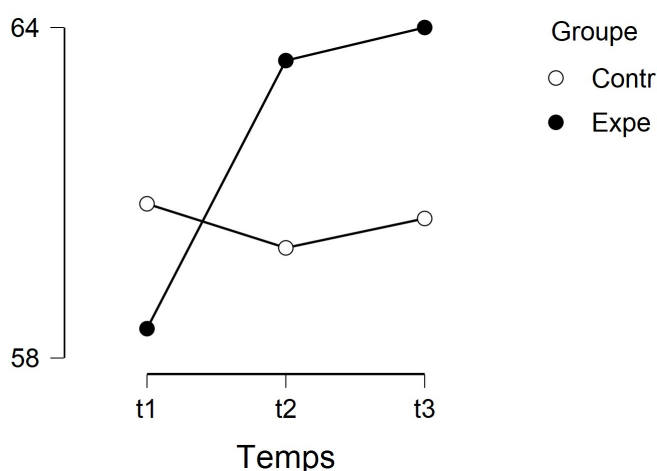


Figure 2. Évolution des scores d'alliance des thérapeutes, dans les groupes expérimental et contrôle<sup>62</sup>.

Il n'y a aucun effet significatif pour les scores d'alliance des patients.

### **1.3.2. Analyse des données produites par les sous-échelles de l'Inventaire d'alliance de travail**

L'évolution des scores des thérapeutes et des patients aux sous-échelles de l'Inventaire d'alliance de travail – Lien, Objectifs, Tâches - a été prise en considération afin de répondre à l'hypothèse de recherche H1 : le modèle de supervision centré sur l'alliance améliorerait les représentations que le thérapeute et le patient ont de la capacité du thérapeute à installer son dispositif de soins dans un environnement intersubjectif fondé sur l'alliance.

---

décomposant le facteur Acteur (patient ou thérapeute). Cela signifie que les patients des groupes expérimental et du groupe contrôle ne se distinguent pas du point de vue de leur sentiment d'alliance, mais qu'associés aux thérapeutes, ils contribuent à une différence notable de la variance selon les groupes.

<sup>62</sup> Le « Temps » représente les trois temps de l'étude. En ordonnées, on retrouve les scores d'alliance des thérapeutes.

### 1.3.2.1. Analyse des scores de la variable « Lien »

Une ANOVA à mesure répétée, comprenant les trois modalités du facteur inter-sujet « Temps », les deux modalités du facteur intra-sujet « Acteur » et les deux modalités du facteur inter-sujet « Groupe » a été réalisée sur la variable « Lien », avec un niveau de confiance de 95%.

Ainsi, pour les scores du « Lien » des thérapeutes et des patients, on observe ceci :

- Pas d'effet principaux du Groupe (expérimental vs contrôle), de l'Acteur (« thérapeute » vs « patient ») et du Temps (t1 vs t2 vs t3).
- Pas d'effets d'interaction « Groupe\*Acteur », « Acteur\*Temps » et « Groupe\*Acteur\*Temps » (cf. Annexe 21, Tableau 7).

### 1.3.2.2. Analyse des scores de la variable « Tâches »

Une ANOVA à mesure répétée, comprenant les trois modalités du facteur inter-sujet « Temps », les deux modalités du facteur intra-sujet « Acteur » et les deux modalités du facteur inter-sujet « Groupe » a été réalisée sur la variable « Tâches », avec un niveau de confiance de 95%.

Ainsi, pour les scores des « Tâches » des thérapeutes et des patients, on observe ceci :

- Pas d'effet principaux du Groupe (expérimental vs contrôle) et du Temps (t1 vs t2 vs t3).
- Pas d'effets d'interaction « Groupe\*Acteur », « Acteur\*Temps » et « Groupe\*Acteur\*Temps ».
- Un effet principal de l'Acteur (« thérapeute » vs « patient ») : la différence entre la moyenne des évaluations des « Tâches » des thérapeutes ( $M= 19,94$ ) et celle des patients ( $M= 22,14$ ) était significative, avec une taille d'effet « moyenne » (cf. Tableau 9). Les patients ont donné des évaluations des « Tâches » plus élevées que celle des thérapeutes,  $F(1,56) = 7,32$ ,  $p < 0,01$ ,  $\eta^2_p = 0,12$  (cf. Figure 3 ; cf. Annexe 21, Tableau 8).

Scores des acteurs sur la dimension Taches

Acteur	moyenne	sd	se
Pa	22.14	3.78	0.40
Th	19.94	3.55	0.37

Tableau 9. Scores globaux des tâches des patients et des thérapeutes.

### 1.3.2.3. Analyse des scores de la variable « Objectifs »

Une ANOVA à mesure répétée, comprenant les trois modalités du facteur inter-sujet « Temps », les deux modalités du facteur intra-sujet « Acteur » et les deux modalités du facteur inter-sujet « Groupe » a été réalisée sur la variable « Objectifs », avec un niveau de confiance de 95%.

Ainsi, pour les scores des « Objectifs » des thérapeutes et des patients, on observe ceci :

- Pas d'effet principaux du Groupe (expérimental vs contrôle) et du Temps (t1 vs t2 vs t3).
- Pas d'effets d'interaction « Groupe\*Acteur », « Acteur\*Temps » et « Groupe\*Acteur\*Temps ».
- Un effet principal de l'Acteur (« thérapeute » vs « patient ») : la différence entre la moyenne des évaluations des « Objectifs » des thérapeutes (M= 19,43) et celle des patients (M= 22,13) était significative, avec une « grande » taille d'effet (cf. Tableau 10). Les patients ont donné des évaluations des « Objectifs » plus élevées que celles des thérapeutes,  $F(1,56) = 9,82, p < 0,01, \eta^2 = 0,15$ .

Scores des acteurs sur la dimension Objectifs

Acteur	moyenne	sd	se
Pa	22.13	3.92	0.41
Th	19.43	3.46	0.36

Tableau 10. Scores globaux des objectifs des patients et des thérapeutes.

- Un effet d'interaction « Groupe\*Temps » : au cours du temps, lors des trois mesures, dans le groupe expérimental, les thérapeutes et les patients augmentaient la moyenne commune de leurs scores « d'Objectifs » initial, avec une taille de l'effet « moyenne » pour cette interaction, alors que dans le groupe contrôle, les thérapeutes et les patients maintenaient la moyenne de leurs scores,  $F(2, 112) = 4,16, p = 0.02, \eta^2_p = 0,07$  (cf. Figure 4 ; cf. Annexe 21, Tableau 11).

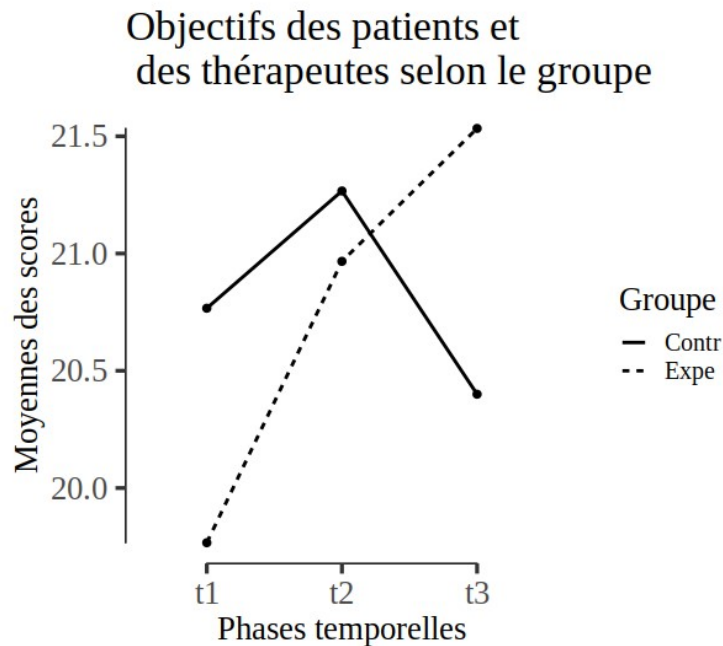


Figure 3. Évolution des scores des objectifs des thérapeutes et des patients, dans les groupes expérimental et contrôle<sup>63</sup>.

Il faut noter qu'aux sous-échelles, on observe aucun effet significatif aux scores des thérapeutes seuls ou aux scores des patients seuls.

### **1.3.3. Comparaison des dynamiques de l'alliance dans les groupes, expérimental et contrôle**

Compte tenu des résultats obtenus aux scores globaux de l'échelle d'alliance, il paraît pertinent de pousser les analyses, en réalisant notamment des pistes causales, à l'aide du logiciel R. Plus précisément, une analyse en modélisation par équations structurelles à variables latentes a été réalisée avec la méthode *Partial Least Squares Path Modeling*

<sup>63</sup> Les « phases temporelles » représentent les trois temps de l'étude. Les « moyennes des scores » représentent les scores à la sous-échelle d'entente autour des objectifs des patients et des thérapeutes.

(PLS)<sup>64</sup>. Il s'agit donc d'approfondir la réponse à l'hypothèse de recherche H4, selon laquelle la supervision centrée sur l'alliance permettrait une amélioration de la représentation que le thérapeute a de sa capacité à s'apparier à l'interaction thérapeutique<sup>65</sup>.

La méthode *Partial Least Squares Path Modeling* (PLS) permet de rendre compte sur des échantillons réduits des corrélations différentielles (*path coefficient*) entre les variables du modèle retenu. Le modèle retenu prend en compte toutes les variables latentes définissant l'alliance à partir des variables manifestes que sont respectivement : le lien, les tâches et les objectifs. Le modèle respecte le facteur temps et donc calcule les *path coefficients* de t1 à t2 et de t2 à t3 pour les thérapeutes et les patients et entre eux. Les variables manifestes sont les variables mesurées à partir du test. Les variables latentes sont les variables calculées à partir des variables manifestes, ici par la somme des mesures effectuées.

---

<sup>64</sup> Cette méthode de régression par les moindres carrés partiels est particulièrement recommandée quand l'objectif de la recherche est exploratoire et quand le nombre d'observations est restreint (Mourre, 2013 ; Sanchez, 2013).

<sup>65</sup> L'analyse par PLS possède un caractère prédictif et permet d'avancer dans l'élaboration de liens de causalité - y compris entre des variables latentes. On considère que les variables latentes peuvent être estimées à partir des variables manifestes, en isolant leur part de variance commune. Plus exactement, les variables latentes sont estimées par itération, en lien avec les variables manifestes, puis avec les autres variables latentes, jusqu'à convergence (Mourre, 2013 ; Sanchez, 2013).

Le modèle qui est le plus heuristique et qui s'ajuste le plus aux données est le suivant :

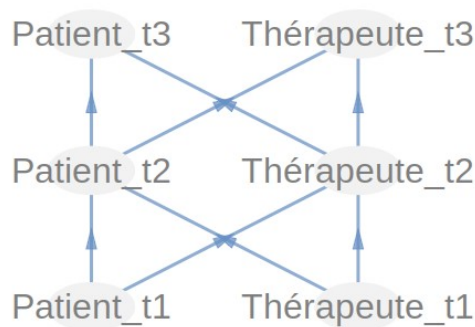


Figure 4. Modèle des variables de l'analyse PLS.

Ce modèle systémique permet de prédire les scores des thérapeutes et des patients aux différents temps de mesure relativement aux temps précédents. En conformité avec les résultats différentiels obtenus lors du calcul des corrélations par groupe (expérimental et contrôle), nous avons comparé les deux configurations du modèle dans les deux groupes.

La qualité de l'ajustement du modèle peut être considérée comme assez bonne. Le *Goodness of fit* (GoF = 0.66)<sup>66</sup> et l'unidimensionnalité des facteurs ( $0.758 < \text{Alpha de Cronbach} < 0.918$ ) sont bons. Le pourcentage de la variance des variables latentes endogènes expliqué par les variables latentes indépendantes est de bonne qualité ( $0.513 > R^2 < 0.661$ ).

On observe que la configuration du groupe expérimental diffère de la configuration du groupe contrôle :

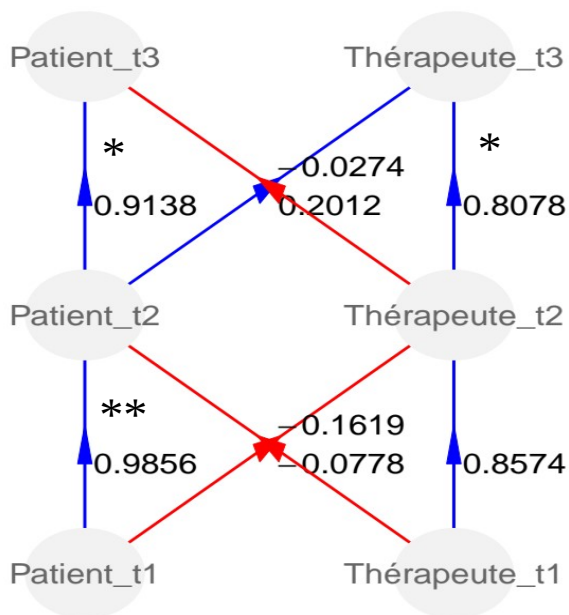
- Le path-coefficient entre « thérapeute en t1 » et « patient en t2 » est de -0.16 dans le groupe expérimental alors qu'il est de 0.76 dans le groupe contrôle,  $t . \text{stat} (28) = 4.78$ ,  $p < .001$ .

---

<sup>66</sup> Selon Sanchez (2013), un GoF supérieur à 0.7 a une valeur considérée comme bonne (Sanchez, G. (2013). *PLS Path Modeling with R*. Berkeley : Trowchez Editions).

- Le path-coefficient entre « thérapeute en t2 » et « patient en t3 » est de -0.03 dans le groupe expérimental alors qu'il est de 0.58 dans le groupe contrôle,  $t . \text{stat} (28) = 2.40$ ,  $p < .05$ .
- Le path-coefficient entre « patient en t1 » et « patient en t2 » est de - 0.01 dans le groupe contrôle alors qu'il est de 0.99 dans le groupe expérimental,  $t . \text{stat} (28) = 2.53$ ,  $p < .01$ .
- Le path-coefficient entre « patient en t2 » et « patient en t3 » est de 0.21 dans le groupe contrôle alors qu'il est de 0.91 dans le groupe expérimental,  $t . \text{stat} (28) = 1.83$ ,  $p < .05$ .
- Le path-coefficient entre « thérapeute en t2 » et « thérapeute en t3 » est de 0.81 dans le groupe expérimental alors qu'il est de 0.40 dans le groupe contrôle,  $t . \text{stat} (28) = 1.86$ ,  $p < .05$  (cf. Annexe 20, Tableau 12).

#### Configuration dynamique de l'alliance dans le groupe expérimental



#### Configuration dynamique de l'alliance dans le groupe contrôle

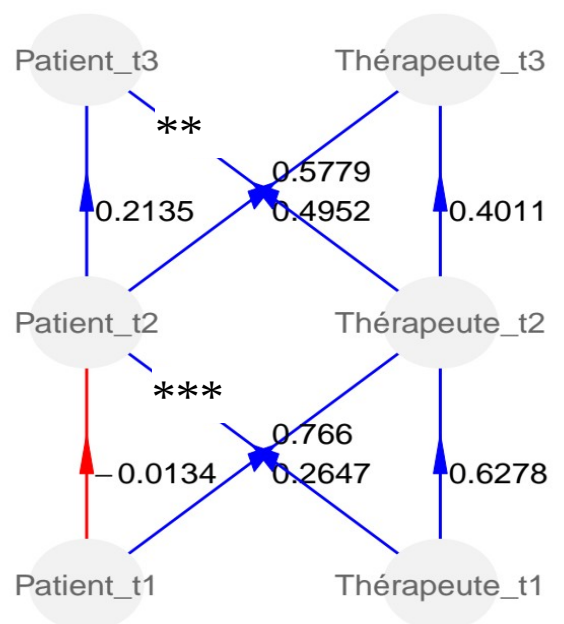


Figure 5. Comparaison des configurations dynamiques dans les groupes, expérimental et contrôle.

#### **1.3.4. Analyse des scores globaux à l'Évaluation multidimensionnelle de la régulation des émotions**

Les scores de régulation émotionnelle<sup>67</sup> des thérapeutes ont été analysés à l'aide d'ANOVA. Il s'agit de répondre à l'hypothèse de recherche H2, stipulant que le modèle de supervision centré sur l'alliance améliorerait la représentation que le thérapeute a de sa capacité à réguler ses réactions subjectives en thérapie, ainsi qu'à l'hypothèse de recherche H4, stipulant que le modèle de supervision centré sur l'alliance améliorerait la représentation que le thérapeute a de sa capacité à s'approprier à l'interaction thérapeutique.

Une ANOVA à mesure répétée comprenant les deux modalités du facteur intra-sujet « Temps » et les deux modalités du facteur inter-sujet « Groupe » a été réalisée pour la variable « Régulation émotionnelle et interpersonnelle » des thérapeutes, avec un niveau de confiance de 95%.

Pour les scores des « Régulation émotionnelle et interpersonnelle » des thérapeutes, on observe :

- pas d'effet principal du Temps ;
- pas d'effet principal du Groupe ;
- pas d'effet d'interaction Temps\*Groupe (« expérimental » vs « contrôle ») (cf. Annexe 21, Tableau 13).

#### **1.3.5. Analyse des données produites par les sous-échelles de l'Évaluation multidimensionnelle de la régulation des émotions**

Les scores de régulation émotionnelle et interpersonnelle des thérapeutes aux sous-échelles non-acceptation, buts, impulsivité, conscience, stratégies et clarté des émotions de l'Évaluation multidimensionnelle de la régulation des émotions ont été analysés à l'aide d'ANOVA. Il s'agit de répondre à l'hypothèse de recherche H2, stipulant que le modèle de supervision centré sur l'alliance améliorerait la représentation que le thérapeute a de sa capacité à réguler ses réactions subjectives en thérapie.

Une ANOVA à mesure répétée comprenant les deux modalités du facteur intra-sujet « Temps » et les deux modalités du facteur inter-sujet « Groupe » a été réalisée sur les scores

---

<sup>67</sup> Mesure de la régulation émotionnelle et interpersonnelle.



à la sous-échelle « Non-acceptation de sa propre réponse émotionnelle » des thérapeutes, avec un niveau de confiance de 95%.

Pour les scores des « Non-acceptation de sa propre réponse émotionnelle » des thérapeutes, on observe :

- pas d'effet principal du Temps ;
- pas d'effet principal du Groupe ;
- pas d'effet d'interaction Temps\*Groupe (« expérimental » vs « contrôle ») (cf. Annexe 21, Tableau 14).

Une ANOVA à mesure répétée comprenant les deux modalités du facteur intra-sujet « Temps » et les deux modalités du facteur inter-sujet « Groupe » a été réalisée sur les scores à la sous-échelle « Difficulté à adopter des comportements orientés vers un but dans un contexte émotionnel négatif » des thérapeutes, avec un niveau de confiance de 95%.

Pour les scores des « Difficulté à adopter des comportements orientés vers un but dans un contexte émotionnel négatif » des thérapeutes, on observe :

- pas d'effet principal du Temps ;
- pas d'effet principal du Groupe ;
- pas d'effet d'interaction Temps\*Groupe (« expérimental » vs « contrôle ») (cf. Annexe 21, Tableau 15).

Une ANOVA à mesure répétée comprenant les deux modalités du facteur intra-sujet « Temps » et les deux modalités du facteur inter-sujet « Groupe » a été réalisée sur les scores à la sous-échelle « Difficulté à se contrôler dans un contexte émotionnel négatif (impulsivité) » des thérapeutes, avec un niveau de confiance de 95%.

Pour les scores des « Difficulté à se contrôler dans un contexte émotionnel négatif (impulsivité) » des thérapeutes, on observe :

- un effet principal du Temps,  $F(1,28) = 4,88$  ;  $p = 0,04$  ;  $\eta_p^2 = 0,15$  ;
- un effet principal du Groupe,  $F(1,28) = 4,81$  ;  $p = 0,04$  ;  $\eta_p^2 = 0,15$  ;
- pas d'effet d'interaction Temps\*Groupe (« expérimental » vs « contrôle ») (cf. Annexe 21, Tableau 16).

Au cours du temps, il y a une **augmentation des scores d'impulsivité des thérapeutes**. **L'effet du Temps est « grand »** (cf. Figure 6).

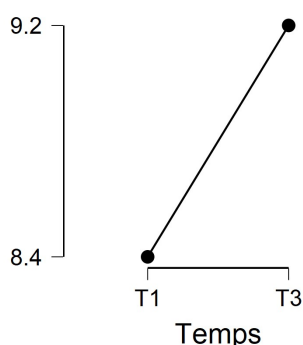


Figure 6. Évolution de l'impulsivité de tous les thérapeutes<sup>68</sup>.

Il y a une différence significative entre les deux groupes de thérapeutes - expérimental et contrôle - au niveau de l'impulsivité. **Le groupe expérimental de thérapeutes augmente significativement moins que le groupe contrôle du point de vue de l'impulsivité**. **L'effet du Groupe est « grand »** (cf. Figure 7).

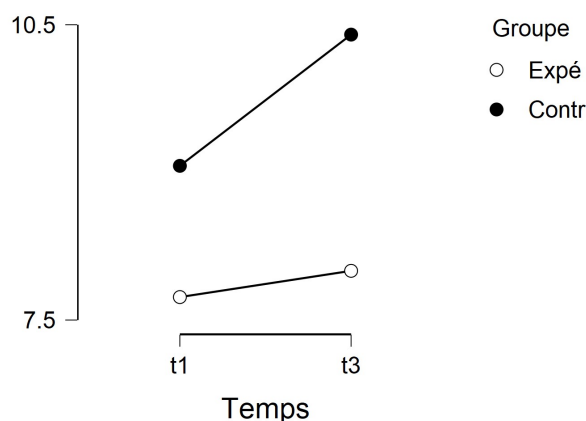


Figure 7. Évolution de l'impulsivité dans les deux groupes de thérapeutes<sup>69</sup>.

Une ANOVA à mesure répétée comprenant les deux modalités du facteur intra-sujet « Temps » et les deux modalités du facteur inter-sujet « Groupe » a été réalisée sur les scores à la sous-échelle du « Manque de conscience émotionnelle » des thérapeutes, avec un niveau de confiance de 95%.

<sup>68</sup> Les « Temps » t1 et t3 correspondent aux moments juste avant l'étude et juste après. En ordonnées, on retrouve les scores de tous les 30 thérapeutes à la sous-échelle de l'impulsivité.

<sup>69</sup> En ordonnées, on retrouve les scores des thérapeutes à la sous-échelle de l'impulsivité selon le groupe.

Pour les scores des « Manque de conscience émotionnelle » des thérapeutes, on observe :

- pas d'effet principal du Temps ;
- pas d'effet principal du Groupe ;
- pas d'effet d'interaction Temps\*Groupe (« Expérimental » vs « Contrôle ») (cf. Annexe 21, Tableau 17).

Une ANOVA à mesure répétée comprenant les deux modalités du facteur intra-sujet « Temps » et les deux modalités du facteur inter-sujet « Groupe » a été réalisée sur les scores à la sous-échelle de la « Difficulté à mettre en place des stratégies de régulation des émotions dans un contexte émotionnel négatif » des thérapeutes, avec un niveau de confiance de 95%.

Pour les scores des « Difficulté à mettre en place des stratégies de régulation des émotions dans un contexte émotionnel négatif » des thérapeutes, on observe :

- pas d'effet principal du Temps ;
- pas d'effet principal du Groupe ;
- pas d'effet d'interaction Temps\*Groupe (« Expérimental » vs « Contrôle ») (cf. Annexe 21, Tableau 18).

Une ANOVA à mesure répétée comprenant les deux modalités du facteur intra-sujet « Temps » et les deux modalités du facteur inter-sujet « Groupe » a été réalisée sur les scores à la sous-échelle de la « Difficulté à identifier ses propres émotions (clarté des émotions) » des thérapeutes, avec un niveau de confiance de 95%.

Pour les scores des « Difficulté à identifier ses propres émotions (clarté des émotions) » des thérapeutes, on observe :

- pas d'effet principal du Temps ;
- pas d'effet principal du Groupe ;
- pas d'effet d'interaction Temps\*Groupe (« expérimental » vs « contrôle ») (cf. Annexe 21, Tableau 19).

### **1.3.6. Analyse des données provenant de la cotation des vidéos**

Les résultats des cotations des vidéos pas les thérapeutes et par les experts seront maintenant exposés.

### a) Comparaison des groupes de thérapeutes

Une ANOVA à mesure répétée comprenant les deux modalités du facteur intra-sujet « Temps » et les deux modalités du facteur inter-sujet « Groupe » a été réalisée pour les cotations des **mouvements globaux de l'alliance**, avec un niveau de confiance de 95%. On observe :

- pas d'effet principal du Temps ;
- pas d'effet principal du Groupe ;
- pas d'effet d'interaction Temps\*Groupe (« Expérimental » vs « Contrôle ») (cf. Annexe 21, Tableau 20).

Une ANOVA à mesure répétée comprenant les deux modalités du facteur intra-sujet « Temps » et les deux modalités du facteur inter-sujet « Groupe » a été réalisée pour les cotations des **mouvements positifs de l'alliance**, avec un niveau de confiance de 95%. On observe :

- pas d'effet principal du Temps ;
- pas d'effet principal du Groupe ;
- pas d'effet d'interaction Temps\*Groupe (« Expérimental » vs « Contrôle ») (cf. Annexe 21, Tableau 21).

Une ANOVA à mesure répétée comprenant les deux modalités du facteur intra-sujet « Temps » et les deux modalités du facteur inter-sujet « Groupe » a été réalisée sur les cotations des **mouvements négatifs de l'alliance**, avec un niveau de confiance de 95%. On observe :

- un effet principal du Temps,  $F(1;28) = 8,36; p < .01$  ;  $\eta_p^2 = 0,23$  (cf. Figure 8) ;
- pas d'effet principal du Groupe ;
- pas d'effet d'interaction Temps\*Groupe (« Expérimental » vs « Contrôle ») (cf. Annexe 21, Tableau 22).

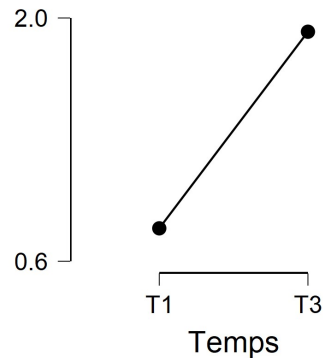


Figure 8. Évolution dans le temps tous les thérapeutes (jeunes ou seniors) pour les mouvements négatifs de l’alliance<sup>70</sup>.

Au cours du temps, il y a une **augmentation des cotations de mouvements négatifs de l’alliance chez les thérapeutes. L’effet du Temps est très « grand ».**

#### **b) Comparaison des 30 thérapeutes et des experts**

Les cotations faites par les 30 thérapeutes et par les experts<sup>71</sup> des mouvements de l’alliance ont été analysés à l’aide d’ANOVA. Il s’agit de répondre à **l’hypothèse de recherche H5**, stipulant que les thérapeutes seniors cotent plus de mouvements de l’alliance que les jeunes thérapeutes.

Une ANOVA à mesure répétée comprenant les deux modalités du facteur intra-sujet « Temps » et les deux modalités du facteur inter-sujet « Type de Thérapeute » (« Jeune Thérapeute » vs « Expert ») a été réalisée sur les cotations des **mouvements globaux de l’alliance**, avec un niveau de confiance de 95%. On observe :

- pas d’effet principal du Temps ;
- un effet principal du Groupe,  $F(1;36) = 22,30; p < .001$  ;  $\eta_p^2 = 0,38$  (cf. Figure 9) ;
- pas d’effet d’interaction Temps\*Groupe (« Jeunes Thérapeutes » vs « Experts ») (cf. Annexe 21, Tableau 23).

**Les Experts cotent significativement plus de mouvements globaux de l’alliance que les Jeunes Thérapeutes. L’effet du Groupe est très « grand ».**

<sup>70</sup> Les « Temps » t1 et t3 représentent les moments juste avant l’étude et juste après. En ordonnées, on retrouve les scores de tous les 38 thérapeutes (jeunes et seniors) pour les mouvements négatifs de l’alliance.

<sup>71</sup> Thérapeutes expérimentés.

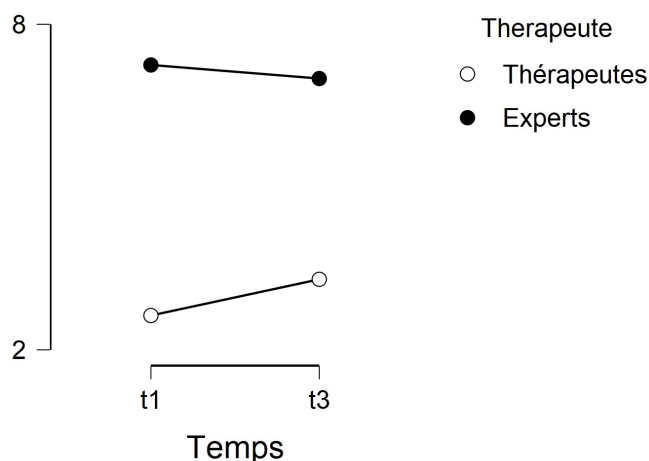


Figure 9. Évolution des deux groupes (jeunes thérapeutes ou seniors) pour les mouvements globaux de l'alliance<sup>72</sup>.

Une ANOVA à mesure répétée comprenant les deux modalités du facteur intra-sujet « Temps » et les deux modalités du facteur inter-sujet « Type de Thérapeute » (« Jeune Thérapeute » vs « Experts ») a été réalisée sur les cotations des **mouvements positifs de l'alliance**, avec un niveau de confiance de 95%. On observe :

- un effet principal du Temps,  $F(1;36) = 8,25; p < .01; \eta_p^2 = 0,17$  (cf. Figure 10) ;
- un effet principal du Groupe,  $F(1;36) = 13,37; p < .001; \eta_p^2 = 0,27$  (cf. Figure 11) ;
- un effet d'interaction Temps\*Groupe (« Jeunes Thérapeutes » vs « Experts »),  $F(1;36) = 5,88; p = 0,02; \eta_p^2 = 0,14$  (cf. Annexe 21, Tableau 24).

**Avec le temps, les thérapeutes cotent significativement moins de mouvements positifs. L'effet du Temps est très « grand ».**

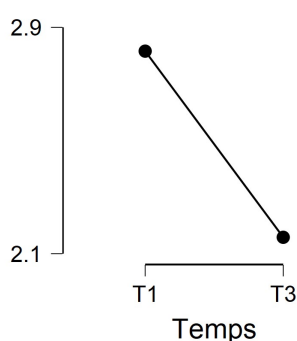


Figure 10. Évolution de tous les thérapeutes pour les mouvements globaux de l'alliance<sup>73</sup>.

<sup>72</sup> En ordonnées, on retrouve les scores des thérapeutes pour les mouvements globaux de l'alliance selon les groupes (jeunes et seniors).

Les cotations des mouvements positifs de l'alliance des experts diminuent **significativement plus** que celle les jeunes thérapeutes. **L'effet du Groupe est très « grand ».**

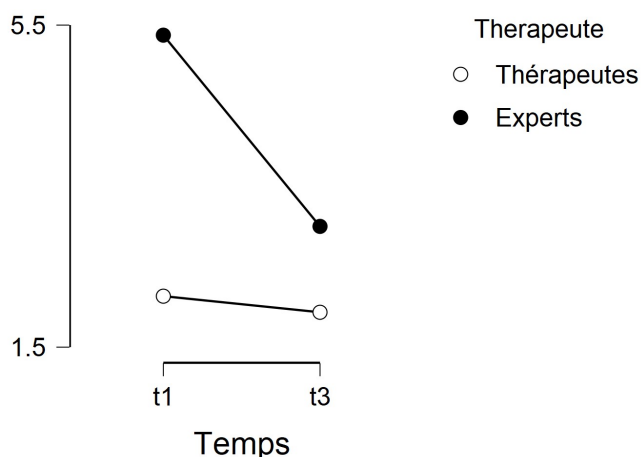


Figure 11. Évolution des groupes de jeunes thérapeutes et de thérapeutes seniors pour les mouvements positifs de l'alliance<sup>74</sup>.

**Avec le temps, les experts cotent significativement moins de mouvements positifs de l'alliance que les jeunes thérapeutes. L'effet du Temps\*Groupe est « grand ».**

Une ANOVA à mesure répétée comprenant les deux modalités du facteur intra-sujet « Temps » et les deux modalités du facteur inter-sujet « Type de Thérapeute » (« Jeune Thérapeute » vs « Expert ») a été réalisée pour les cotations des **mouvements négatifs de l'alliance**, avec un niveau de confiance de 95%. On observe :

- un effet principal du Temps,  $F(1;36) = 19,50; p < .001$  ;  $\eta_p^2 = 0,35$  (cf. Figure 12) ;
- un effet principal du Groupe,  $F(1;36) = 19,19; p < .001$  ;  $\eta_p^2 = 0,35$  (cf. Figure 13) ;
- pas d'effet d'interaction Temps\*Groupe (« Jeunes Thérapeutes » vs « Experts ») (cf. Annexe 21, Tableau 25).

**Avec le temps, les thérapeutes cotent significativement plus de mouvements négatifs. L'effet du Temps est très « grand ».**

<sup>73</sup> En ordonnées, on retrouve les scores de tous les 38 thérapeutes (jeunes et seniors) pour les mouvements globaux de l'alliance.

<sup>74</sup> En ordonnées, on retrouve les scores des thérapeutes pour les mouvements positifs de l'alliance selon les groupes (jeunes et seniors).

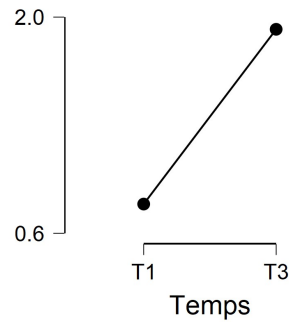


Figure 12. Évolution de tous les thérapeutes pour les mouvements négatifs de l’alliance<sup>75</sup>.

**Les experts cotent significativement plus de mouvements négatifs que les jeunes thérapeutes. L’effet du Groupe est très « grand ».**

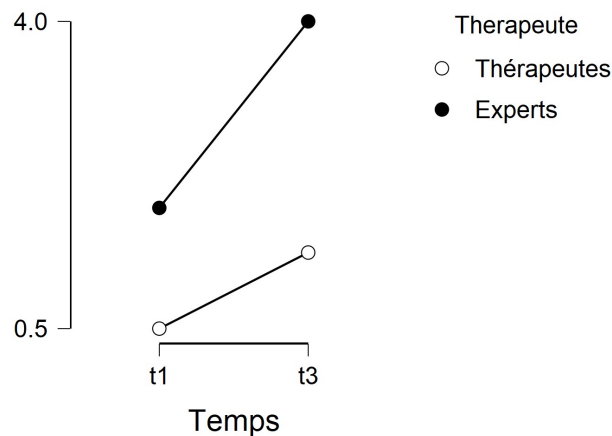


Figure 13. Évolution des groupes de jeunes thérapeutes et de thérapeutes seniors pour les mouvements négatifs de l’alliance<sup>76</sup>.

Ces résultats statistiques indiquent que **les experts identifient beaucoup plus de mouvements globaux et négatifs de l’alliance** que les thérapeutes plus novices.

Une analyse des corrélations statistiques entre le nombre d’années d’expérience et le nombre de mouvements de l’alliance identifiés a également été réalisée. Les valeurs de *p* sont presque toutes significatives, sauf pour les mouvements négatifs du premier extrait vidéo et pour les mouvements positifs du second extrait vidéo (cf. Annexe 21, Tableau 26).

<sup>75</sup> En ordonnées, on retrouve les scores de tous les 38 thérapeutes (jeunes et seniors) pour les mouvements négatifs de l’alliance.

<sup>76</sup> En ordonnées, on retrouve les scores des thérapeutes pour les mouvements négatifs de l’alliance selon les groupes (jeunes et seniors).



Concernant les mouvements totaux identifiés, l'étude des corrélations entre le nombre d'années d'expérience et les mouvements totaux de l'alliance montre qu'une corrélation s'observe pour l'extrait vidéo 1,  $r = 0,06$ ,  $p < .001$  et pour l'extrait vidéo 2, avec  $r = 0,43$ ,  $p < .01$ , ce qui signifie que **plus les sujets sont expérimentés – comme les experts – plus ils détectent de mouvements totaux de l'alliance.**

Concernant les mouvements positifs identifiés, l'étude des corrélations entre le nombre d'années d'expérience et les mouvements positifs de l'alliance montre qu'une corrélation s'observe pour l'extrait vidéo 1,  $r = 0,59$ ,  $p < .001$  et pour l'extrait vidéo 2,  $r = 0,25$ ,  $p < .05$ , ce qui signifie que plus les sujets sont expérimentés – comme les experts – **plus ils détectent de mouvements positifs de l'alliance, particulièrement pour le premier extrait vidéo.**

Concernant les mouvements négatifs identifiés, l'étude des corrélations entre le nombre d'années d'expérience et les mouvements négatifs de l'alliance montre qu'une corrélation s'observe pour l'extrait vidéo 1, avec  $r = 0,31$ ,  $p < .05$  et pour l'extrait vidéo 2, avec  $r = 0,43$ ,  $p < .01$ , ce qui signifie que **plus les sujets sont expérimentés – comme les experts – plus ils détectent de mouvements négatifs de l'alliance.**

Ces résultats statistiques permettent de conclure que **plus les sujets sont expérimentés – comme les experts – plus ils détectent de mouvements totaux de l'alliance, de même que de mouvements positifs et négatifs.**

### 1.3.7. Synthèse des résultats statistiques

Pour résumer les résultats importants de cette étude, il est bon de rappeler qu'à l'échelle d'alliance :

- La différence entre la moyenne des évaluations de « l'Alliance » des thérapeutes et celle des patients était significative, avec une taille d'effet « moyenne ». Les patients ont donné des évaluations de l'alliance plus élevées que celles des thérapeutes.
- Au cours du temps, lors des trois mesures, dans le groupe expérimental, les thérapeutes et les patients augmentaient la moyenne commune de leurs scores « d'Alliance » initial avec une « petite » taille de l'effet d'interaction Groupe\*Temps, alors que dans le groupe contrôle, les thérapeutes et les patients maintenaient la moyenne de leurs scores.

- Au cours du temps, lors des trois mesures, dans le groupe expérimental, les thérapeutes augmentaient la moyenne de leurs scores « d'Alliance » initial, avec une « grande » taille d'effet pour cette interaction Groupe\*Temps, alors que dans le groupe contrôle, les thérapeutes maintenaient la moyenne de leurs scores.
- La différence entre la moyenne des évaluations des « Tâches » des thérapeutes et celle des patients était significative, avec une taille d'effet « moyenne ». Les patients ont donné des évaluations des « Tâches » plus élevées que celle des thérapeutes.
- La différence entre la moyenne des évaluations des « Objectifs » des thérapeutes et celle des patients était significative, avec une « grande » taille d'effet. Les patients ont donné des évaluations des « Objectifs » plus élevées que celles des thérapeutes.
- Au cours du temps, lors des trois mesures, dans le groupe expérimental, les thérapeutes et les patients augmentaient la moyenne commune de leurs scores « d'Objectifs » initial avec une taille de l'effet « moyenne » pour cette interaction Groupe\*Temps, alors que dans le groupe contrôle, les thérapeutes et les patients maintenaient la moyenne de leurs scores.

Il est bon de rappeler qu'à l'analyse en modélisation par équations structurelles PSL :

- Dans le groupe expérimental, le path-coefficient indique un lien faible et négatif entre « thérapeute en t1 » et « patient en t2 », alors qu'il est fort et positif dans le groupe contrôle.
- Dans le groupe expérimental, le path-coefficient indique un lien faible et négatif entre « thérapeute en t2 » et « patient en t3 », alors qu'il est assez fort et positif dans le groupe contrôle.
- Dans le groupe expérimental, le path-coefficient indique un lien fort et positif entre « patient en t1 » et « patient en t2 », alors qu'il est faible et négatif dans le groupe contrôle.
- Dans le groupe expérimental, le path-coefficient indique un lien fort et positif entre « patient en t2 » et « patient en t3 », alors qu'il est modéré dans le groupe contrôle.
- Dans le groupe expérimental, le path-coefficient indique un lien fort et positif entre « thérapeute en t2 » et « thérapeute en t3 », alors qu'il est moyen dans le groupe contrôle.

Il est bon de rappeler qu'à l'échelle de régulation émotionnelle et interpersonnelle :

- Au cours du temps, il y avait une augmentation des scores d'impulsivité des thérapeutes du groupe contrôle et pas d'augmentation dans le groupe expérimental. L'effet du Temps était « grand ».

Il est bon de rappeler qu'à la cotation des extraits vidéo par les thérapeutes des groupes expérimental et contrôle :

- Au cours du temps, il y avait une augmentation des cotations de mouvements négatifs de l'alliance chez les thérapeutes. L'effet du Temps était très « grand ».

Il est bon de rappeler qu'à la cotation des extraits vidéo par les jeunes thérapeutes et par les experts :

- Les Experts cotaient significativement plus de mouvements globaux de l'alliance que les Jeunes Thérapeutes. L'effet du Groupe était très « grand ».
- Avec le temps, les thérapeutes cotaient significativement moins de mouvements positifs. L'effet du Temps était très « grand ».
- Les cotations des mouvements positifs de l'alliance des experts diminuaient significativement plus que celles des jeunes thérapeutes. L'effet du Groupe était très « grand ».
- Avec le temps, les experts cotaient significativement moins de mouvements positifs de l'alliance que les jeunes thérapeutes. L'effet du Temps\*Groupe était « grand ».
- Avec le temps, les thérapeutes cotaient significativement plus de mouvements négatifs. L'effet du Temps était très « grand ».
- Les experts cotaient significativement plus de mouvements négatifs que les jeunes thérapeutes. L'effet du Groupe était très « grand ».

## **2. ANALYSES DES ENTRETIENS SEMI-DIRECTIFS DE RECHERCHE**

Avant de procéder à l'analyse informatisée des discours des 15 thérapeutes du groupe expérimental, quelques observations doivent être faites concernant les verbatims d'entretiens.

## **2.1. Des motifs de consultation divers chez les patients**

Les verbatims d'entretiens révèlent une diversité de motifs de consultation des 15 patients du groupe expérimental. Plus spécifiquement, parmi ces motifs, on retrouve :

- Six patients souffrant des conséquences de problématiques de santé (maladie, addiction, boulimie),
- Quatre patients subissant des répercussions de problèmes liés à l'enfance ou à la famille (maternité difficile, enfance difficile, relations douloureuses avec les parents, maltraitance infantile),
- Deux jeunes patients isolés,
- Un patient éprouvant des difficultés de couple,
- Un patient ayant fait une tentative de suicide,
- Un grand adolescent ayant souffert de harcèlement scolaire (cf. Annexe 22, Tableau 27, Figure 14.)

## **2.2. Des indices d'un biais de désirabilité sociale chez les thérapeutes**

Quatorze thérapeutes sur quinze ont proposé la participation à l'étude à leurs patients en cours du suivi (n=14, soit 93%). Une thérapeute a proposé le suivi en même temps que la participation à l'étude (n=1, soit 7%). Dans neuf cas sur quinze, le contexte d'inclusion du patient à l'étude a été exposé par le thérapeute au moment de l'entretien de recherche (n=9, soit 60%). Dans six cas, le contexte d'inclusion est inconnu (n=6, soit 40%).

Parmi les neuf thérapeutes ayant précisé le contexte d'inclusion du patient :

- Une thérapeute a proposé à une résidente de son établissement professionnel d'amorcer une thérapie et, simultanément, de participer à l'étude,
- Une thérapeute savait que la patiente accepterait, car elle avait déjà participé à une recherche avec elle,
- Cinq thérapeutes se rendaient compte que le patient avait tendance à vouloir leur plaire,
- Deux thérapeutes se disaient conscients que le patient ne posait pas de difficulté majeure (cf. Annexe 22, Tableau 28., Figure 15.).

Dans neuf cas sur quinze (n= 9, soit 60%), l'inclusion du patient à l'étude s'est faite dans un contexte de suivi thérapeutique plutôt apaisé (« Début de suivi », « Ne refusera pas », « A tendance à chercher à plaire », ou « Ne pose pas de difficulté »).

Pour les patients dont le contexte d'inclusion est connu, il apparaît donc qu'aucune participation n'a été proposée dans le cadre d'un suivi difficile. Les propos de plusieurs thérapeutes du groupe expérimental mettent d'ailleurs ce fait en lumière : « *J'ai l'impression qu'elle ne correspond peut-être pas à un patient type pour cette recherche, dans le sens où je n'ai pas eu l'impression d'avoir des difficultés majeures avec elle en entretien* », « *Par rapport à des positionnements un peu agressifs, elle n'en a jamais eu. C'est pour ça que je l'ai choisi. Parce que c'est une patiente simple* », « *Avec cette patiente, en fait ça été assez... C'est de la chance, ou je ne sais pas. Ça a presque toujours été assez facile* ».

Pour ces neuf cas, il est probable que le choix d'inclure un patient avec qui la relation est plutôt apaisée constitue un biais de désirabilité sociale chez les thérapeutes. En effet, ces derniers peuvent notamment avoir ressenti une pression à se présenter au chercheur-superviseur sous un jour favorable du point de vue de la compétence professionnelle. De plus, deux thérapeutes ont dit ne pas avoir utilisé le travail de la supervision centrée sur l'alliance avec le patient inclus à l'étude, mais l'avoir utilisé avec d'autres patients. Il est possible qu'ils aient ressenti une pression à la performance concernant le patient de l'étude, notamment compte tenu du fait que le chercheur-superviseur pouvait avoir accès aux scores d'alliance du patient à la fin du protocole de recherche.

Concernant la relation thérapeutique, 13 thérapeutes ont rapporté avoir une bonne relation ou une alliance positive avec le patient de l'étude. Deux thérapeutes considèrent que la qualité de leur relation avec ce dernier s'est améliorée en cours de suivi. Ces observations indiquent que la majorité des thérapeutes percevait de bonnes alliances thérapeutiques avec le patient de l'étude. La présence de perceptions majoritairement positives de l'alliance interroge également la possibilité d'un biais de désirabilité sociale dans l'inclusion des patients à l'étude – inclusion réalisée par les thérapeutes. Les propos de certains thérapeutes semblent illustrer ce biais : « *Au niveau du lien thérapeutique, c'est une patiente idéale* », « *Je l'avais demandé à une de mes patientes avec qui ça se passait le mieux, que j'allais être sûre qu'elle allait accepter, et c'est peut-être un peu moins riche, que ça aurait été plus riche avec quelqu'un avec qui ça aurait été difficile. Ce n'est pas gentil* ». (cf. Annexe 22, Tableau 29, Figure 16.).

Néanmoins, la présence d'un biais de désirabilité sociale est-elle totalement évitable dans la recherche sur les processus thérapeutiques ? La situation expérimentale, dans laquelle le thérapeute se trouve exposé au regard du superviseur-chercheur, de même qu'à celui de ses pairs au sein du groupe de supervision peut induire chez les participants à la fois le besoin de montrer qu'ils ne sont pas trop faibles du point de vue de leurs capacités relationnelles, mais également qu'ils peuvent s'améliorer en participant à des dispositifs de formation. Dans la pratique professionnelle du psychologue, le perfectionnement est au cœur du métier – voire de l'identité professionnelle - et inscrite au Code de déontologie. Sous cet angle, le biais de désirabilité sociale peut donc être à la fois considéré comme une insuffisance de l'étude et comme un moteur de perfectionnement pour les thérapeutes ayant participé à l'étude. Enfin, on peut se demander si l'impossibilité d'intégrer des extraits vidéo d'entretiens thérapeutiques à la supervision n'était pas également liée à une inquiétude d'être vu par le superviseur et par ses pairs, et potentiellement jugé dans sa performance.

Pour terminer, la présence d'un biais de désirabilité sociale chez les thérapeutes laisse penser que les dimensions imaginaires de l'alliance de supervision sont bien présentes. Dans la partie théorique de la thèse, la définition qui a été choisie pour l'alliance prenait un certain recul par rapport aux dimensions fantasmées du transfert, ce qui a été argumenté, tout en reconnaissant la limite d'une telle définition. On peut questionner la pertinence d'isoler les dimensions imaginaires du construit théorique de l'alliance. La revue de la question soulignait d'ailleurs ce point, puisque Greenson (1967) soulevait un probable chevauchement conceptuel entre les notions d'alliance et de transfert/contre-transfert. Dans une étude future, il serait donc intéressant d'étudier à la fois les dimensions réelles et fantasmées de l'alliance, notamment celles de l'alliance de supervision. Par exemple, l'entretien semi-directif de recherche pourrait être étendu. On y investiguerait notamment la relation imaginaire du supervisé au superviseur et au groupe de supervision.

### **2.3. Des indices d'évolution de la relation et du suivi thérapeutiques**

A l'issue de la supervision centrée sur l'alliance, neuf thérapeutes décrivent une relation de « confiance » avec le patient de l'étude. Deux thérapeutes parlent de « bienveillance » et deux de « respect ». D'autres termes sont également utilisés pour décrire la relation, tels que : « authenticité », « douceur », « proximité », « chaleur », ou encore « collaboration » (cf. Annexe 22, Tableau 18.). Cependant, les entretiens de recherche ne permettent pas de mettre clairement en lien cette qualité relationnelle patient-thérapeute avec la supervision, dans la

mesure où les thérapeutes n'indiquent pas le moment où cette même qualité relationnelle a débuté. Il s'agit donc d'une observation à croiser avec d'autres résultats, tels que ceux de la représentation de l'alliance par le patient et par le thérapeute avant, pendant et après les supervisions, mesurée par l'Inventaire d'alliance de travail.

Concernant le travail thérapeutique, les verbatims d'entretiens révèlent que tous les thérapeutes considèrent que le patient de l'étude a évolué. Six thérapeutes ont considéré que le patient avait évolué en cours de suivi, mais que cette évolution s'est faite difficilement. Quand l'évolution du patient est perçue comme essentiellement positive par le thérapeute (soit pour neuf participants), les améliorations évoquées sont les suivantes : réflexivité, ouverture émotionnelle, conscience des émotions, reconnaissance et acceptation de la souffrance, amélioration de la confiance en soi (cf. Annexe 22, Figure 18.).

#### **2.4. Des indices d'un travail au niveau de la relation thérapeutique**

Dans les verbatims d'entretiens de recherche, douze thérapeutes indiquent avoir tenté un travail sur la relation thérapeutique avec le patient de l'étude. Également, quatre thérapeutes ont dit avoir tenté ce travail avec d'autres patients que celui de l'étude. Ces observations laissent penser que la majorité des thérapeutes a cherché à travailler la relation thérapeutique avec les patients (cf. Annexe 22, Figure 19.).

Les thérapeutes indiquent avoir emprunté les axes de travail suivants en lien avec la relation et l'alliance thérapeutiques :

- Dix thérapeutes indiquent avoir tenté de travailler directement sur la relation (incluant la qualité de la relation, l'empathie, les interprétations relationnelles, les interactions implicites) ;
- Neuf participants expliquent avoir tenté d'élaborer leur contre-transfert, leurs propres réactions subjectives, ou de les utiliser dans l'intervention ;
- Sept thérapeutes disent avoir travaillé sur la négociation des besoins dans l'alliance ou sur l'ajustement aux besoins du patient ;
- Trois thérapeutes pensent être intervenus sur le cadre thérapeutique.
- Un participant indique n'avoir fait aucun travail sur la relation thérapeutique avec le patient inclus à l'étude (cf. Annexe 22, Figure 20.).

La représentation graphique des axes de travail rapportés par les thérapeutes concernant la relation et l'alliance thérapeutiques indique que dix thérapeutes ont le sentiment d'avoir tenté de travailler la qualité de la relation, sept d'intervenir sur la négociation des besoins patient-thérapeute, neuf d'élaborer ou d'utiliser sur leur contre-transfert ou leurs propres réactions subjectives dans l'intervention. Or, ces trois dimensions ont été centrales dans la construction du modèle de supervision centré sur l'alliance. Ces observations peuvent notamment donner des indices d'une conduite de la supervision en adéquation avec la définition de l'alliance donnée dans la partie théorique de la thèse (cf. Annexe 22, Figure 20.).

Les verbatims d'entretiens indiquent également que quatre thérapeutes pensent avoir utilisé la technique de la méta-communication, transmise en supervision. Néanmoins, aucune indication précise n'est donnée par les thérapeutes quant au niveau d'intégration de cette technique. La méta-communication demeure un outil difficile - souvent inconnu des thérapeutes - qui vise à travailler les interactions thérapeutiques. Il peut sans doute gagner à être transmis sur un temps plus long que les cinq mois de l'étude et avec une fréquence de séances de supervision plus importante.

## **2.5. Des indices d'apports en lien avec la supervision centrée sur l'alliance**

Les verbatims d'entretiens de recherche indiquent que parmi les quinze thérapeutes, dix ont l'impression que la supervision centrée sur l'alliance les a aidés à s'ouvrir à la relation thérapeutique et/ou de travailler avec elle. Neuf thérapeutes pensent que cette supervision leur a permis de gagner confiance en eux, comme le soulignent les propos suivants : « *Je me perçois plus compétente* ». Six thérapeutes jugent que la supervision les a conduits à conscientiser les processus thérapeutiques et/ou de travailler avec eux. Quatre thérapeutes pensent que la supervision centrée sur l'alliance les a conduits à conscientiser leurs réactions subjectives/leurs émotions, et/ou à les utiliser dans leur intervention, comme le soulignent les propos suivants : « *Cette supervision a été le plus utile, c'est par rapport à moi, mon ressenti, mes sensations pendant l'entretien. Disons qu'en fait, je faisais plus attention à ce que je ressentais.* ». Trois thérapeutes jugent que la supervision les a amenés à utiliser le dévoilement de soi dans leur intervention. Deux thérapeutes rapportent que la supervision centrée sur l'alliance les a conduits à prendre du recul. Deux thérapeutes jugent que la supervision leur a permis de développer leur théorisation de la relation thérapeutique ou d'autres problématiques. Deux participants pensent que la supervision les a aidés à rompre l'isolement professionnel.



Les trois apports de la supervision les plus fréquemment cités par les thérapeutes (relation thérapeutique, processus thérapeutiques, réactions subjectives du thérapeute) correspondent à des éléments centraux transmis dans le modèle de supervision centré sur l'alliance. Il faut cependant modérer ces observations en soulignant l'existence probable d'un biais de confirmation lié à la situation expérimentale. En effet, il paraît raisonnable de penser qu'un thérapeute qui s'est investi pendant cinq mois dans un protocole de supervision et de recherche puisse éprouver le besoin plus ou moins conscient d'y trouver une utilité, et de ne pas s'être impliqué en vain. Sur le plan cognitif, il peut donc avoir tendance à privilégier les apports du protocole plutôt que ses limites.

Parmi les apports de la supervision centrée sur l'alliance soulignés par les thérapeutes, celui de la confiance professionnelle semble correspondre au point de vue de l'auto-formation adopté dans l'animation de cette supervision, qui vise à étayer la construction autonome du thérapeute et qui a été décrite dans la partie théorique de la thèse. Ces observations peuvent également constituer des indices d'une conduite de la supervision centrée sur l'alliance en adéquation avec le protocole de supervision défini dans la partie théorique de la thèse (cf. Annexe 22. Tableau 32., Figure 21.).

## **2.6. Des indices d'expériences profitables de la supervision**

Globalement, l'expérience de la supervision centrée sur l'alliance a été décrite comme profitable par la grande majorité des thérapeutes (cf. Annexe 22, Tableau 33., Figure 22.). Onze participants ont dit avoir apprécié les échanges du groupe de supervision, ou encore son climat. Six thérapeutes ont apprécié les manières d'intervenir du superviseur ou sa personne. Quatre thérapeutes ont aimé le modèle de supervision centré sur l'alliance, ou souhaité l'approfondir. Quatre participants ont apprécié les jeux de rôles. Ces observations tendent à souligner l'importance des dimensions relationnelles dans la conduite de la supervision centrée sur l'alliance, notamment de l'importance du groupe et du superviseur, ce qui avaient été souligné dans la partie théorique de la thèse. Dans une moindre mesure, le modèle de supervision et les jeux de rôles ont été jugés profitables. Ils relèvent de facteurs théoriques et techniques de la supervision centrée sur l'alliance.

Il aurait pu être intéressant de procéder à un court entretien téléphonique avec les thérapeutes quelques mois après la fin de l'étude pour recueillir des informations concernant leur expérience, dans l'après-coup, de la supervision centrée sur l'alliance.

## **2.7. Des indices que la supervision étaye le travail sur l'alliance thérapeutique**

Les verbatims des entretiens semi-directifs de recherche révèlent que la majorité des patients inclus à l'étude consultaient pour des problèmes en lien avec leur santé, ou encore en relation avec leur enfance ou leur famille. Dans plus de la moitié des cas, les thérapeutes perçoivent avoir inclus leur patient à l'étude dans un contexte de suivi thérapeutique apaisé. La majorité des thérapeutes ressent également de bonnes alliances avec le patient de l'étude.

Plus de la moitié des thérapeutes ont déclaré avoir une relation caractérisée par la confiance avec le patient de l'étude. La majorité des thérapeutes a rapporté la perception d'une évolution positive de ce dernier. Les thérapeutes ont également jugé que la supervision centrée sur l'alliance les avait encouragés à travailler la relation et l'alliance thérapeutiques, le plus souvent avec le patient de l'étude, mais également avec d'autres patients. De plus, la majorité des thérapeutes ont dit que la supervision les avait encouragés à travailler leur contre-transfert et leurs propres réactions subjectives, ainsi que la négociation des besoins avec le patient.

La majorité des thérapeutes rapporte un effet positif de la supervision centrée sur l'alliance du point de vue de leur capacité à travailler la relation thérapeutique, la confiance et les processus thérapeutiques avec leurs patients. La totalité des thérapeutes rapporte une expérience positive de la supervision. La majorité d'entre eux soulignent les apports du groupe de supervision et du superviseur, ce qui met en exergue l'influence des facteurs relationnels dans la supervision centrée sur l'alliance.

Les différentes observations qui viennent d'être présentées seront comparées aux résultats de l'analyse des verbatims, ainsi qu'à ceux des instruments de mesure.

## **2.8. Analyse Alceste par consigne d'entretien**

La prochaine section détaillera l'analyse des verbatims des quinze entretiens semi-directifs de recherche - par consigne d'entretien - réalisée à l'aide de la méthode Alceste du chercheur Max Reinert (cf. Annexe 15 : Guide de l'entretien de recherche.). Les données ont été traitées avec le logiciel Iramuteq d'analyse des données textuelles, décrit dans la section « méthodologie » de l'étude. Pour rappel, Iramuteq identifie des classes de discours et reconnaît les mots qui ont tendance à se répéter à l'intérieur d'une même classe. Lorsque les regroupements de classes et de mots sont statistiquement significatifs, il est possible d'en

inférer un sens. Iramuteq permet d'amorcer une solide analyse des données, qui peut ensuite être affinée par des références directes aux verbatims des entretiens de recherche.

Afin de permettre une lecture fluide des résultats de l'analyse, les tableaux détaillés de chaque classe de discours et les khi-carré qui y sont associés sont présentés en Annexe 22. Seuls les mots dont le khi-carré d'association permet de rejeter l'hypothèse nulle ont été retenus pour l'analyse, avec  $p < 0,0001$ . Également, nous n'avons retenu pour notre analyse que les termes qui comportent un degré de significativité élevé ( $\chi^2 \geq 15$ ). Ces mots sont indiqués en gras dans le texte, dans leur contexte d'apparition dans les citations des thérapeutes (cf. Annexe 23, Exemples d'entretiens de recherche).

L'analyse informatisée des corpus lexicaux vise à dégager des thèmes centraux aux entretiens de recherche, ce qui permet ensuite d'interroger les représentations mentales des thérapeutes. Cependant, sur le plan théorique, la notion de représentation mentale n'est pas claire. Elle fait référence à des connaissances plus ou moins objectivables en fonction des acceptions (Fallery & Rodhain, 2007). Les conclusions des analyses thématiques doivent donc être modérées, faire l'objet d'un regard critique et être complétées par d'autres analyses.

### 2.8.1. Première consigne d'entretien : Travail thérapeutique entrepris

À la consigne : « *J'aimerais que vous me parliez du travail thérapeutique que vous avez engagé avec le patient ayant participé à l'étude* », l'analyse textuelle a fait émerger quatre classes de mots (cf. Figure 23, Dendrogramme 1).

La première classe identifiée par le logiciel comprend 30,4% des UCE<sup>77</sup> classées. Les mots les plus significatifs la caractérisant et les Khi 2 associés sont présentés dans le tableau 34 de l'Annexe 22. Cette première classe de discours porte sur la confiance dans la relation thérapeutique avec le patient de l'étude : « sentir », « confiance », « relation ». Les thérapeutes évoquent donc fréquemment le thème de la relation de confiance : « *Il y a une forme de bienveillance mais dans les deux sens* » ; « *Je **senta**is qu'il n'y avait pas ou peu de filtre ou d'appréhension à aborder certains sujets qui pourraient être très intimes* » ; « *Elle a vraiment **confiance** en son thérapeute, ce qui fait qu'elle arrive bien à parler de ses émotions* » ; « *C'est plutôt une **relation** stable de **confiance**, une bonne alliance* » ; « *C'est une **relation** qui est assez chaleureuse* » ; « *C'est une **relation** apaisée, avec quelque chose qui se*

---

<sup>77</sup> Unités de contexte élémentaires.

*fait dans la douceur » ; « C'est un vrai échange, c'est ce que je peux dire en tous cas de cette relation ». Ce thème de la confiance recoupe l'observation des verbatims selon laquelle neuf thérapeutes sur quinze décrivaient leur relation avec le patient à l'aide du terme « confiance » lors des entretiens de recherche (cf. 1., 1.3. Des indices d'évolution).*

La seconde classe identifiée par le logiciel comprend 29% des UCE classées. Les mots les plus significatifs la caractérisant et les Khi<sup>2</sup> associés sont présentés dans le tableau 35 de l'Annexe 22. Cette seconde classe de discours comporte le thème des évolutions dans la relation thérapeutique : « chose », « impression », « lien ». Les thérapeutes évoquent donc les évolutions relationnelles avec leurs patients : « *Il y a quelque chose qui se crée et qui devient de plus en plus solide, je pense, et qui lui permet aussi d'entendre les choses différemment* » ; « *J'ai l'impression que c'est plus une question de lien, d'alliance thérapeutique qui se crée, qui commence à faire bouger les choses différemment* » ; « *Avant de commencer la supervision, j'avais l'impression qu'on était presque dans un rapport de force et que les choses n'avançaient pas trop* » ; « *Pour tester un peu le lien. Et alors il y a quelque chose qui se crée qui devient de plus en plus solide* ».

Les troisième et quatrième classes de mots identifiées par le logiciel comprennent respectivement 24,6% et 15,9% des UCE classées. Les mots les plus significatifs les caractérisant et les Khi<sup>2</sup> associés sont présentés dans les tableaux 35 et 36 de l'Annexe 22. Un thème de la troisième classe porte sur la temporalité des suivis : « semaine », « fin », « jour », « période », « fonction » « septembre ». Un thème de la quatrième classe porte sur le contexte de suivi : « problème », « rencontrer », « suite », « santé », « psychiatre », « enfant », « trouble » (cf. Annexe 22, Tableau 36. Descriptif 1 de la classe 4.).

### **2.8.2. Synthèse de la première consigne : Travail sur le lien thérapeutique**

L'analyse de la première consigne d'entretien met en lumière l'importance de la confiance dans la relation thérapeutique, ainsi que des évolutions dans la relation thérapeutique. Elle met également l'emphase sur la dimension du lien thérapeutique dans le discours des thérapeutes.

### 2.8.3. Deuxième consigne d'entretien : Évolution du patient

À la consigne portant sur la : « *Perception du thérapeute de l'évolution du patient en psychothérapie* », l'analyse textuelle a fait émerger quatre classes de mots (cf. Annexe 22, Figure 24. Dendrogramme 2.).

La première classe de mots identifiée par le logiciel comprend 37,4% des UCE classées. Les mots les plus significatifs la caractérisant et les Khi2 associés sont présentés dans le tableau 37 de l'Annexe 22. Elle porte sur le déroulement concret de la thérapie : « voir », « séance », « parler ».

La seconde classe de mots identifiée par le logiciel comprend 22,4% des UCE classées. Les mots les plus significatifs la caractérisant et les Khi2 associés sont présentés dans le tableau 38 de l'Annexe 22. Cette seconde classe porte sur le thème du travail thérapeutique accompli avec le patient : « passer », « mettre », « justement », « revenir », « plutôt ». Elle comporte un sous-thème portant sur le travail effectué par les thérapeutes sur les émotions et sur l'alliance, pour essayer de produire des effets thérapeutiques : « travail », « ressentir », « émotion », « relation », « impliquer ». Les thérapeutes évoquent donc ce thème : « *Des effets en profondeur pendant la séance de **travail**. Ça se passe surtout pendant la séance quand je vais plus dans son **ressenti** » ; « *D'aller un peu plus en profondeur sur les résistances, sur la motivation, sur les blocages **émotionnels**. Justement ce qu'on a pu mettre en place avec Anne Plantade* » ; « *Je remarque aussi justement que la **relation** est devenue meilleure au point où moi-même j'arrive mieux à titiller la patiente, à pointer certaines choses, ou à la faire réagir plus vite sur des ambivalences* » ; « *J'accepte justement de recevoir ses objectifs, bien que je n'aie pas l'habitude de **travailler** comme ça. En contrepartie elle accepte de ne pas recevoir de conseils de ma part* ».*

La troisième classe de mots identifiée par le logiciel comprend 20,7% des UCE classées. Les mots les plus significatifs la caractérisant et les Khi2 associés sont présentés dans le tableau 39 de l'Annexe 22. Un thème de cette classe porte sur le travail thérapeutique entrepris pour aider le patient : « problème », « arrêter », « compliqué », « ressources », « résoudre », « accompagner ». Un autre thème est lié à la famille du patient : « parent », « deuil », « fille ».

La quatrième classe de mots identifiée par le logiciel comprend 19,6% des UCE classées. Les mots les plus significatifs la caractérisant et les Khi2 associés sont présentés dans le tableau

40 de l'Annexe 22. Un thème de cette classe souligne la perception que les thérapeutes ont d'une évolution dans le suivi thérapeutique, notamment dans la relation : « solution », « investir », « évoluer », « sortir ». Ce thème d'une évolution est présent dans les commentaires suivants : « *Au début, je la percevais beaucoup en attente de quelque chose, à la recherche de quelque chose, tandis que maintenant je la sens beaucoup plus calme, posée et dans le questionnement. Enfin, dans l'introspection. Voilà, plus autonome. Au début, elle était en recherche de **solutions**, de conseils* » ; « *Je pense qu'on a vraiment collaboré toutes les deux pour trouver des **solutions*** » ; « *Elle s'**investit** autrement. C'est assez plaisant finalement de la suivre en psychothérapie* » ; « *À chaque fois quand même, il **sortait** quelque chose de la séance* ».

#### **2.8.4. Synthèse de la seconde consigne : Évolution thérapeutique et relationnelle**

L'analyse de la deuxième consigne d'entretien met en lumière l'évolution du patient dans la perception des thérapeutes. Ces derniers portent attention à la dimension relationnelle de l'évolution thérapeutique.

#### **2.8.5. Troisième consigne d'entretien : Vécu du thérapeute**

À la consigne portant sur le : « *Vécu du thérapeute autour de ce processus thérapeutique* », l'analyse textuelle a fait émerger 3 classes de mots (cf. Annexe 22, Figure 25. Dendrogramme 3).

La première classe de mots identifiée par le logiciel comprend 59,2% des UCE classées. Les mots les plus significatifs la caractérisant et les Khi2 associés sont présentés dans le tableau 41 de l'Annexe 22. Dans cette classe, il y a un seul mot dont le  $\chi^2$  s'illustre avec  $p < 0,0001$  (« chose »). Il est cependant difficile de donner un sens à ce mot polysémique sans la présence d'autres mots significatifs dans la classe.

La seconde classe de mots identifiée par le logiciel comprend 25,7% des UCE classées. Les mots les plus significatifs la caractérisant et les Khi2 associés sont présentés dans le tableau 42 de l'Annexe 22. Le seul thème de cette classe montre que patients et thérapeutes posent des questions pendant les entretiens : « question », « poser ».

La troisième classe identifiée par le logiciel comprend 15,1% des UCE classées. Les mots les plus significatifs la caractérisant et les Khi2 associés sont présentés dans le tableau 43 de

l'Annexe 22. Un thème de cette classe se rapporte au vécu des thérapeutes, à leurs émotions et à leurs ressentis en lien avec la relation thérapeutique : « ressentir », « colère », « empathie ». Les thérapeutes évoquent donc leurs ressentis par rapport au patient : « *Je peux **ressentir** cette frustration mêlée d'impuissance, parce que j'ai souvent l'impression qu'elle veut percevoir le monde avec les mêmes lunettes* » ; « *C'est difficile parce qu'elle peut renvoyer une sorte d'agressivité non dite, de type un peu passif agressif, qui est exprimée...Enfin, qui n'est pas exprimée, mais que je peux **ressentir**. Alors ce que j'avais fait à ce moment c'est que j'en avais discuté avec elle* » ; « *Il y a des moments où je peux ressentir un peu de **colère**. Quand justement, elle a tendance à partir un peu dans tous les sens* » ; « *Quand ça arrive plusieurs fois dans l'entretien, c'est vrai que je peux ressentir de la **colère**. Mais sinon de manière générale, j'ai quand même pas mal d'**empathie** pour elle* ».

Un second thème de cette classe est associé à la **temporalité des suivis** : « début », « minute ».

#### **2.8.6. Synthèse de la troisième consigne : Vécu complexe et contradictoire**

L'analyse du troisième thème d'entretien fait apparaître le vécu du thérapeute dans la relation avec le patient, teinté d'émotions complexes et contradictoires. La colère est évoquée à plusieurs reprises.

#### **2.8.7. Quatrième consigne d'entretien : Plus récent entretien**

À la consigne concernant le : « *Déroulement du plus récent entretien avec ce patient* », l'analyse textuelle a fait émerger cinq classes de mots. (cf. Annexe 22, Figure 26. Dendrogramme 4).

La première classe de mots identifiée par le logiciel comprend 27,6% des UCE classées. Les mots les plus significatifs la caractérisant et les Khi2 associés sont présentés dans le tableau 44 de l'Annexe 22. Un thème de cette classe est associé à la relation et aux interactions thérapeutiques, ainsi qu'aux moments importants du travail thérapeutique : « choses », « impression », « relation ». Ces interactions et moments charnières se retrouvent dans les commentaires suivants : « *On a eu pas mal de moments compliqués, dans lesquels je lui ai aussi dit : « j'ai l'**impression** qu'on a entretenu un rapport de force* » ; « *J'ai eu l'**impression** qu'il y avait quelque chose qui commençait peut-être à se dénouer, d'un peu plus profond* » ; « *C'était intéressant parce qu'on a parlé de ça aussi. D'être dans le champ de l'interpersonnel, dans l'émotion dans toute **relation**, donc entre autres dans la **relation** avec*

*les professionnels de santé » ; « J'ai proposé que mon positionnement soit plus actif dans la **relation** au vu du départ et que je puisse intervenir sur des thématiques plus concrètes, pour que ça puisse le rassurer ».*

Une seconde classe de mots identifiée par le logiciel comprend 22,4% des UCE classées. Les mots les plus significatifs la caractérisant et les Khi2 associés sont présentés dans le tableau 45 de l'Annexe 22. Un thème de cette classe est associé au travail thérapeutique que le thérapeute a l'impression d'entreprendre pour faire évoluer le patient : « objectif », « travailler ». Les thérapeutes évoquent les objectifs et le travail thérapeutiques : « *On a échangé ensemble sur ce que pouvait être des **objectifs** » ; « Elle était plutôt réceptive, on était vraiment ensemble en train de réfléchir à comment poser ce cadre avec cet **objectif** commun » ; « C'était vraiment fluide, sans que je puisse mettre mon **objectif** à moi : « il faut changer quelque chose, il faut **travailler** quelque chose, il faut avancer ». C'était : « sois juste avec la patiente, et tu verras ».*

Une troisième classe de mots identifiée par le logiciel comprend 19,1% des UCE classées. Les mots les plus significatifs la caractérisant et les Khi2 associés sont présentés dans le tableau 46 de l'Annexe 22. Un thème de cette classe est associé à la **temporalité** : « arrivée », « jeudi », « jour ».

Une quatrième classe de mots identifiée par le logiciel comprend 16,5% des UCE classées. Les mots les plus significatifs la caractérisant et les Khi2 associés sont présentés dans le tableau 47 de l'Annexe 22. Un thème de cette classe est associé à l'alliance thérapeutique. Le terme « alliance » désigne souvent la qualité de cette dernière, ou encore le travail que le thérapeute a cherché à entreprendre à ce niveau, c'est-à-dire l'approfondissement de l'alliance affective ou l'alliance de travail : « *Le confort du thérapeute c'est aussi faire attention à ce qu'on ressent dans cette **alliance** » ; « Je vise plus les mouvements de l'**alliance**. Pendant l'entretien, je me retire parfois un peu de ce qui est en train de se dire, j'entends ce qui est en train de se dire, et je me questionne plus en même temps sur qu'est-ce qui se passe maintenant. Sur l'**alliance** » ; « Et finalement voilà comme on avait pu voir avec Anne Plantade autour de l'**alliance** thérapeutique, j'ai essayé d'être dans un positionnement assez humaniste, d'être vraiment dans une position d'égal à égal et de pouvoir renvoyer aussi les émotions. J'ai senti que ça le mettait progressivement en confiance. Et au fur et à mesure je sentais se réduire la distance de ce côté ».*



Une cinquième classe de mots identifiée par le logiciel comprend 14,3% des UCE classées. Les mots les plus significatifs la caractérisant et les Khi2 associés sont présentés dans le tableau 48 de l'Annexe 22. Un thème de cette classe est associé à la temporalité : « fin », « bientôt », « mois ». Un autre thème témoigne de la représentation, chez le thérapeute, d'une évolution du patient de l'étude : « positif », « recul ». Les thérapeutes évoquent les évolutions positives et les prises de recul chez les patients : « *Très **positif** par rapport à ce qu'on a traité pendant la première moitié de l'entretien, par ce qu'elle avait essayé de mettre en place dans sa communication avec son mari* » ; « *Elle avait eu une prise de **recul** par rapport à sa famille* ».

#### **2.8.8. Synthèse de la quatrième consigne : alliance thérapeutique et moments charnières**

L'analyse de la quatrième consigne d'entretien révèle que les thérapeutes ont perçu des moments charnières dans les suivis thérapeutiques. Également, elle montre qu'ils pensent avoir essayé de travailler sur les objectifs thérapeutiques et sur l'alliance pour favoriser l'évolution du patient de l'étude.

#### **2.8.9. Cinquième consigne d'entretien : Moments difficiles**

À la consigne concernant : « *d'éventuels moments difficiles avec ce patient* », l'analyse textuelle a fait émerger deux classes de mots (cf. Annexe 22, Figure 27. Dendrogramme 5).

La première classe de mots identifiée par le logiciel comprend 83,5% des UCE classées. Les mots les plus significatifs la caractérisant et les Khi2 associés sont présentés dans le tableau 49 de l'Annexe 22. Un thème de cette classe montre que les thérapeutes ont l'impression d'entreprendre un travail autour de la relation et des interactions thérapeutiques, notamment dans les moments difficiles : « relation », « effet », « thérapeutique », « jouer », « processus ». Les thérapeutes repèrent des moments particuliers dans la relation thérapeutique ou des schémas relationnels qui se reproduisent en thérapie, ainsi que leurs effets : « *Les moments difficiles ont eu un **effet** sur la thérapie, clairement. Clairement, parce que là, la patiente elle met ses mécanismes de défense, donc ça freine. Ça freine pour qu'elle puisse se protéger aussi. C'est ce qu'elle est en train de vivre. Surtout que dans la **relation thérapeutique**, très souvent il y a une reproduction des relations que le patient peut avoir aussi avec l'environnement. Il y a l'interaction entre nous qui est unique, mais il y a aussi sa manière de d'être en **relation** avec ce monde qui se **joue** dans le **processus** thérapeutique* » ; « *C'est dans*

*ces moments que je mesure la qualité et le poids de la **relation**. Et ça m'émeut vachement. En même temps c'est avec ça qu'on travaille. Mais à chaque fois je suis bluffée de l'intensité que ça peut prendre, en tout cas pour moi, ce sont des moments extrêmement émouvants » ; « Justement par ce qu'il faut que j'évite moi-même le plus possible de me mettre dans la **relation** père-fille. Parce que dès qu'on se met dans une position où l'on serait trop cadrant, on est un peu le père punitif. Et elle-même se met en position de petite fille ».*

Un second thème est associé à la famille du patient : « mari », « père », « fille ». Un troisième thème est associé à la participation à l'étude des patients : « recherche », « participer », « choisir ».

La seconde classe de mots identifiée par le logiciel comprend 19,1% des UCE classées. Dans cet ensemble, aucun des mots ne présente de  $\chi^2$  avec  $p < 0,0001$ , ce qui ne permet donc pas d'identifier de thèmes.

#### **2.8.10. Synthèse de la cinquième consigne : Travailler avec les interactions thérapeutiques difficiles**

L'analyse de la cinquième consigne d'entretien montre que les thérapeutes ont repéré des moments difficiles en thérapie, ou encore l'actualisation de certains schémas relationnels du patient dans l'interaction thérapeutique.

#### **2.8.11. Sixième consigne d'entretien : Effet et vécu de la supervision centrée sur l'alliance**

À la consigne portant sur les : « *Effets et le vécu de la supervision centrée sur l'alliance* », l'analyse textuelle a fait émerger cinq classes de mots (cf. Annexe 22, Figure 28., Dendrogramme 6).

La première classe de mots identifiée par le logiciel comprend 30,9% des UCE classées. Les mots les plus significatifs la caractérisant et les  $\text{Khi}^2$  associés sont présentés dans le tableau 50 de l'Annexe 22. Un thème de cette classe est associé aux apports de la supervision centrée sur l'alliance perçus par les thérapeutes : « Plantade », « Anne », « groupe », « rôle », « jeu », « supervision », « trouver », « expérience », « aimer », « naturel », « collègue ». Les associations des thérapeutes sont en lien avec leur expérience du superviseur, du groupe, des jeux de rôles : « *Il y avait une bonne énergie de **groupe** qui fait que j'ai eu le sentiment que chacun a pu participer dans les différentes situations. Et j'ai le sentiment que **Anne Plantade***

était très attentive à ça, le sentiment que chacun puisse bien exprimer, être entendu et compris » ; « C'était la **supervision d'Anne Plantade** que j'avais juste après. Donc ça m'a permis d'abord de me rassurer, et surtout de voir qu'en fait on est tous dans la même galère, et que les autres psychologues ont les mêmes problématiques que moi » ; « J'avais vraiment un regard obstrué, je ne sais pas, mais en tout cas, ça a vraiment changé. Juste dans l'écoute des émotions, ce qui me manquait je pense cruellement. Alors je l'ai très bien vécu, dans le sens où je n'étais qu'avec des jeunes praticiennes, et **Anne Plantade** » ; « Au début, j'ai beaucoup réfléchi à ce qu'**Anne Plantade** m'avait dit, comment je pourrais le mettre en place, etc., et puis finalement sur la fin, même juste une petite remarque qui avait été faite par une participante, je l'ai prise, je me suis dit « ah oui, c'est vrai que la prochaine fois, je pourrai faire ça » ; « J'avais parlé du fait que j'avais beaucoup de patients qui gardent leur manteau pendant tout l'entretien : ils arrivent, ils sont dans leur manteau comme ça, ils font une heure d'entretien et puis ils repartent avec leur manteau. Et **Anne Plantade** m'avait dit : « tu pourrais peut-être leur renvoyer ». Je me suis dit : « oui, c'est vrai que ce n'est pas bête » ; « Ce que j'ai **trouvé** c'est que quand **Anne Plantade** formulait, il y avait quelque chose de très... Les mots étaient bien choisis, etc. C'était très... Une analyse intéressante, déculpabilisant pour le patient. Aucun jugement. Et c'est ça qui peut être difficile, je **trouve** » ; « C'est évident que la **supervision** avec **Anne Plantade**, ça m'a porté. D'abord, parce que c'est une femme qui a de l'**expérience**, que c'est un type de psychologue qui me correspond, parce qu'elle a une ouverture d'esprit, je pense qui est peut-être lié à son passage au Canada aussi. Que moi j'apprécie beaucoup, c'est-à-dire qu'elle n'est pas cloisonnée, que ce soit en TCC ou en psychanalyse, elle prend tout, et je **trouve** ça très intelligent comme manière de faire. Donc par rapport à ça, moi ça... J'ai apprécié la **supervision**. Je **trouvais** que le **groupe** était bon aussi » ; « On était tous bienveillants les uns envers les autres. Donc on était un bon **groupe**. Vraiment intéressant. J'ai quand même assez bien apprécié les remarques de **Anne Plantade**. En vrai, moi la frustration que j'ai, je pense que tout le **groupe** ce sera pareil, c'est le fait que les **supervisions**, on en avait que cinq » ; « Ce que j'aime bien, c'est que même s'il y avait cette anxiété, **Anne Plantade** n'a pas hésité à ce qu'on fasse un **jeu de rôle** de ce qu'on avait dit. J'aime bien ce côté moi » ; « C'est en ça que la **supervision** avec **Anne Plantade** m'a aidée parce que je m'autorisais plus à aller chercher son désaccord. J'étais plus méfiante quand elle optait pour tout et disait « oui » à tout. J'étais plus méfiante pour savoir est-ce que vraiment, ça lui parle, ou si c'est plutôt un évitement de conflit » ; « Je ressentais que c'était bien si je faisais un **jeu de rôle**. Mais évidemment, c'est anxiogène. Et je me souviens que dans ma tête je me disais « oui, il faudrait pousser un peu ». Et **Anne Plantade**, elle l'a ressenti je

*pense. Parce que j'avais dit : « oui, c'est un petit peu anxiogène quand même de faire le **jeu de rôle** ». Je pense qu'elle l'a ressenti et elle m'a un peu poussé à le faire quand même. Et je l'ai fait. Donc en cela, moi je trouve que c'est bien » ; « Il y avait quelque chose de rassurant. Je trouve que quand même le but d'un superviseur c'est de conforter. Quand il y a des erreurs... On en fait tous des erreurs. C'est bien de dire : « peut-être que t'aurais pu faire comme ceci, comme cela ». Le but du superviseur c'est d'aider, mais je crois que c'est aussi de conforter et de rassurer aussi un peu. D'autant plus quand les supervisés sont des jeunes psychologues. Et je trouve que ce **rôle, Anne Plantade** le remplit bien » ; « Moi en tout cas, je veux dire merci à **Anne Plantade**. J'ai trouvé que c'était une belle opportunité pour nous, parce que la contrepartie qui était demandé est très légère par rapport à ce qui nous a été donné ». Le discours des thérapeutes recoupe donc les observations faites au préalable sur les verbatims d'entretiens (cf. 1., 1.6. Des indices d'expériences profitables de la supervision).*

La seconde classe de mots identifiée par le logiciel comprend 22,5% des UCE classées. Les mots les plus significatifs la caractérisant et les Khi2 associés sont présentés dans le tableau 51 de l'Annexe 22. Un thème de cette classe fait apparaître la réflexivité des thérapeutes associée au travail en supervision centrée sur l'alliance : « ressentir », « arriver », « émotion », « autoriser », « bloquer », « sentir », « écouter », « voir ». Les thérapeutes expliquent les évolutions de leur vécu affectif et de leurs interventions en lien avec la supervision : « *J'étais moi-même un peu dans la position de sa mère, qui est en train de lui imposer des exercices et ça n'allait pas. Dès lors qu'on a pu parler de cela, discuter comme ça pendant l'entretien, ça déverrouillé beaucoup les entretiens d'après* » ; « *Pour un patient que j'ai pu évoquer en supervision, en expliquant que j'étais **bloquée** avec ce patient. Encore une fois, c'était un problème avec les **émotions**, parce que j'avais vraiment beaucoup de mal à trouver un intérêt honnêtement dans la thérapie de ce patient. Et je pense que lui de son côté aussi. En tout cas, c'est ce que j'ai **ressenti**. Mais je ne m'étais pas **autorisée** à l'entendre d'une manière différente, de cette manière, sans justement cette aide à cerner mes **émotions**. En sachant ça, cette psychothérapie a pris un tout autre tournant* » ; « *Je me sens moins confuse dans certaines relations. Et des choses qui pourraient me paraître un peu compliquées au niveau de l'alliance, j'**arrive**, en entendant mes **émotions**, à les aborder différemment, parce que j'**arrive** à nommer ce que je **ressens*** » ; « *Je vais beaucoup plus être à l'**écoute** de ce que je vais **ressentir** et du pourquoi... C'est quelque chose je trouve où...que l'on n'a pas été suffisamment alertés je trouve pendant les cours à la fac. Et même pendant les stages. Je pense que c'est vraiment quelque chose qui manque cruellement. Ça apporte*

*une toute autre dimension je pense au suivi et à la réflexion qu'on peut y apporter aussi. Donc c'est important. Dans le sens où j'**arrive** à cerner mes **émotions** ».*

La troisième classe de mots identifiée par le logiciel comprend 22% des UCE classées. Les mots les plus significatifs la caractérisant et les Khi2 associés sont présentés dans le tableau 52 de l'Annexe 22. Un thème de cette classe est associé au vécu des thérapeutes dans la supervision centrée sur l'alliance : « aise », « sortir », « façon », « difficulté », « apprendre », « grave », « vie », « penser », « impasse », « patient », « espace ». Les thérapeutes évoquent notamment les apports suivants : « *C'est vraiment comme si j'avais psychologiquement un **espace** sécurisant.* » ; « *Je pense que c'est une chose importante que j'ai **apprise** avec la méta-communication sur la relation. C'est justement que ça permet, pour moi, de mieux comprendre le **patient**, mais aussi de pouvoir aider le patient à voir que j'essaie de le comprendre, à voir aussi l'importance de se tenir un peu au calendrier qu'on s'est fixé dans le travail ensemble. Et je trouve que c'est très réducteur ce que je dis, mais en réalité, il y a beaucoup plus de choses que j'ai pu observer. Je pense que ça a également permis à plusieurs **patients** de pouvoir être plus à l'**aise**, plus confortables dans la possibilité d'exprimer ce qu'ils ressentent pendant les entretiens* » ; « *J'ai beaucoup aimé cette **façon** de partir de cas très concrets de notre pratique, parce qu'il y avait une applicabilité directe finalement, qu'on n'aurait peut-être pas eu si c'était simplement une présentation théorique du modèle, avec des exemples sortis de l'imagination* » ; « *C'était vraiment très riche, parce que je me suis pas du tout sentie jugée, je me suis vraiment sentie comprise, écoutée, toujours avec beaucoup de questions pour essayer justement de comprendre vraiment ce que je pouvais par exemple expliquer. Si j'expliquais une situation, avec : « est-ce que tu ne te sentirais pas plus à l'**aise** si on faisait comme ça ? » C'était vraiment très riche, surtout qu'on n'avait pas toutes la même approche » ; « *Juste après la supervision, j'en sortais contente, presque soulagée parce qu'on discute, parce qu'on galère tous, parce que ça nous rassure* » ; « *À chaque fois j'y allais très librement, j'exposais très librement une situation. Pas de problème par rapport à ça. Oui, de dire qu'on est tous humain, avec des **difficultés** et qu'il n'y a pas une solution toute faite. Et que justement nos choix ne sont pas forcément de mauvais choix* » ; « *Oui, peut-être accepter aussi que parfois, il peut y avoir une **impasse** dans le sens où il n'y a pas de possibilité pour soi d'aider ce **patient**. Et ce n'est pas **grave**. Et qu'il vaut mieux reconnaître ça, en parler, éventuellement ça peut être dépassé ou pas. Et puis passer la main plutôt que s'acharner parce qu'il faudrait réussir à faire fonctionner les choses. Et je **pense****

*que le fait d'avoir ça de façon plus assumée en tête, ça fait aussi que j'ai moins de craintes dans le suivi ».*

La quatrième classe de mots identifiée par le logiciel comprend 13% des UCE classées. Les mots les plus significatifs la caractérisant et les Khi2 associés sont présentés dans le tableau 53 de l'Annexe 22. Un thème de cette classe est associé au travail réflexif réalisé en supervision centrée sur l'alliance : « apporter », « question », « poser », « rendre », « compte », « questionnement », « activité », « psychique », « objectif », « avancer ». Certains commentaires des thérapeutes se rapportent au développement de la réflexivité : « *Ça nous amène à penser au patient. Et moi je me **rendais compte** que chaque fois qu'on présente le cas, et que moi je pense diagnostic, psychopathologie, à chaque fois elle me ramenait sur la **question** du lien, sur la **question** de l'alliance* » ; « *Ça a **apporté** beaucoup de **questionnements** qu'ils soient théoriques ou justement pratiques. Au niveau de mon **activité**, ça a relancé pas mal de choses, ça a permis à des suivis qui étaient compliqués pour moi de les appréhender différemment. Et surtout, je pense qu'au niveau de la confiance, ça joue beaucoup* » ; « *Je me mets moins la pression de devoir les aider à tout prix et d'aller vite à tout prix. Parce que je me **rends compte** du temps que ça prend de créer l'alliance et d'**avancer** aussi sur nos **objectifs** thérapeutiques. Je pense que ça m'a aidée aussi personnellement. Disons, que je me fais même un peu plus confiance* » ; « *Et prendre en **compte** déjà des états de **psychiques** qui sont parfois bien plus importants que ce qu'on pense de prime abord. Ça redonne un peu de perspective* ».

La cinquième classe de mots identifiée par le logiciel comprend 11,5% des UCE classées. Les mots les plus significatifs la caractérisant et les Khi2 associés sont présentés dans le tableau 54 de l'Annexe 22. Un thème de cette classe est associé au modèle thérapeutique : « thérapie », « modèle », « approcher », « former », « Gestalt », « utiliser », « marier », « insérer » : « *Ça m'a beaucoup aidée, parce que ça se marie très bien avec le modèle dont je vous parlais tout à l'heure, auquel je suis formée et que j'**utilise** pas mal dans les entretiens : la thérapie interpersonnelle* ». Un autre thème souligne les effets de la supervision centrée sur l'alliance : « thérapie », « alliance », « relation », « centrer », « utiliser », « mouvement », « finesse ». Les commentaires des thérapeutes soulignent les apports de la supervision, en termes de réflexivité et de confiance professionnelle : « *Le fait de tourner en rond ça générerait des frustrations, de la colère. Je pouvais avoir un peu envie de me dire « bon, ça suffit, y'a pas d'efforts, y'a rien qui bouge. C'est toujours le même discours. Ça*

*commence à bien faire ». Ça me faisait un peu ça au début. Que là, se **centrer** sur moi, ce que je suis en train de ressentir, comment je peux l'analyser, automatiquement je pense que ça un impact sur la **relation** avec elle. Ça me permettait de me recentrer à chaque fois en me disant « bon, la patiente elle a son fonctionnement à elle, j'ai mon fonctionnement à moi. Il ne faut pas que je laisse trop les termes du contre-transfert prendre le dessus, et qu'ensuite je pète un peu un câble. » ; « En TCC on est plus branché sur les objectifs **thérapeutiques** et on a tendance parfois un peu à oublier les mouvements de la **relation**. J'ai trouvé ça bien, parce que cette supervision ça m'a permis de dire : « attention, il n'y pas que les objectifs, il y a aussi la **relation** » ; « Je vise plus sur les **mouvements** de l'alliance » ; « C'est de déculpabiliser lorsqu'une situation est difficile. Gagner en sécurité dans le sens qu'on n'est pas isolé, qu'on est en train de partager. Et avancer dans sa  **finesse professionnelle** ».*

### **2.8.12. Synthèse de la sixième consigne : Effets et apports de la supervision**

L'analyse de la sixième consigne d'entretien montre que les thérapeutes identifient des effets et des apports de la supervision centrée sur l'alliance.

Plus spécifiquement, ils soulignent l'importance de certaines dimensions relationnelles et pratiques du dispositif, telles que la personne du superviseur, le groupe de pairs et les jeux de rôles. Ces résultats recourent ceux des observations faites à partir des verbatims, dans la mesure où la relation avec le superviseur et avec le groupe apparaissait déjà importante. En effet, elle mettait en exergue la centralité de l'alliance de supervision dans la conduite du dispositif (cf. 1., 1.3. Des indices d'évolution).

L'analyse souligne également les apports de la supervision centrée sur l'alliance concernant le vécu affectif des thérapeutes par rapport à la relation thérapeutique. Plus spécifiquement, elle montre que les thérapeutes trouvent que le dispositif leur a permis de développer des capacités d'analyse de leurs propres émotions dans l'interaction thérapeutique. Ils perçoivent donc un effet de la supervision centrée sur l'alliance sur leurs capacités réflexives et sur leur confiance professionnelle. Ils jugent également que la participation à la supervision a modifié leur intervention.

Enfin, l'analyse met en exergue le fait que les thérapeutes trouvent que la supervision centrée sur l'alliance leur a permis de travailler sur la relation et l'alliance thérapeutiques, ainsi que sur des moments charnières qui surviennent dans le lien thérapeutique.

## 2.9. Synthèse des analyses des entretiens de recherche

L'analyse des entretiens de recherche fait apparaître des bénéfices perçus par les thérapeutes quant à leur participation à la supervision centrée sur l'alliance.

En effet, elle révèle que les thérapeutes y ayant participé ont porté attention aux émotions du patient, à l'alliance et à la relation thérapeutiques. Ils ont perçu une évolution de la relation thérapeutique, du suivi et de la situation du patient. Ils ont essayé de faire un travail sur leurs propres émotions, sur celles du patient, sur la relation, sur les schémas relationnels du patient et sur les interactions avec ce dernier. Les thérapeutes pensaient également que la supervision leur avait permis de développer une réflexion autour de l'alliance, notamment du point de vue de la confiance dans le lien thérapeutique, ainsi que de l'évolution thérapeutique et relationnelle du patient.

Concernant la relation thérapeutique, l'analyse révèle un vécu affectif des thérapeutes teinté d'émotions complexes - comme la colère. Les thérapeutes ont trouvé que le dispositif de supervision leur avait permis de développer des capacités d'analyse des émotions difficiles ressenties dans l'interaction thérapeutique.

Les thérapeutes ayant participé à la supervision ont également rapporté penser que cette dernière les avait rendus attentifs à la dimension affective du vécu du patient, aux variations de l'alliance, aux moments charnières survenant dans le lien, ainsi qu'à la mise en place et au développement des objectifs thérapeutiques.

Enfin, les thérapeutes ayant participé à la supervision ont souligné l'importance qu'ils ont eu, pour eux, les dimensions relationnelles et pratiques du dispositif - tels que le groupe de pairs, la personne du superviseur et les jeux de rôles.

Les résultats des différentes analyses de données, issues des entretiens de recherche, comme des échelles de mesures seront maintenant croisés et discutés, afin de juger de l'intérêt du modèle de supervision centré sur l'alliance pour la formation continue des jeunes thérapeutes.



# **DISCUSSION**

Les connaissances scientifiques sur l'alliance et la supervision, ainsi que les résultats de l'expérience ayant été exposés, tentons à présent de donner un sens à ces derniers. La discussion des résultats s'articule dans un ordre logique de réponse aux hypothèses de recherche.

### **1. La capacité du thérapeute à développer l'alliance**

Quelle que soit l'orientation thérapeutique, la littérature scientifique souligne le caractère prédictif de l'alliance pour le succès thérapeutique. L'entente entre thérapeute et patient concernant le lien affectif, les tâches et les objectifs est donc très importante pour l'évolution thérapeutique de ce dernier (Horvath & Greenberg, 1994 ; De Roten, Michel & Peter, 2007 ; Crits-Christoph, Connolly Gibbons & al., 2011). La détérioration de l'alliance est également liée à des impasses thérapeutiques et à l'abandon des séances (Binder & Strupp, 1997a ; Safran & Muran, 2000, 2016). Plusieurs chercheurs plaident donc en faveur de formations spécifiques à l'alliance, pour aider les thérapeutes à adopter une position méta-affective et méta-cognitive leur permettant de s'apparier à chaque relation thérapeutique singulière et de développer la coopération avec le patient - notamment en fonction de la manière dont ce dernier perçoit l'aide qui lui est apportée (Lambert & Barley, 2001 ; Lecomte, 1999 ; Safran & Muran, 2000). La présente étude interroge l'utilité d'une supervision centrée sur l'alliance pour développer les capacités réflexives et relationnelles des thérapeutes.

Les résultats à l'échelle d'alliance ont montré que les thérapeutes ayant participé à la supervision et leurs patients augmentaient la moyenne commune de leur score d'alliance initial, alors que les thérapeutes n'y ayant pas participé et leurs patients le maintenaient, avec une « petite » taille de l'effet d'interaction Groupe\*Temps. Il est alors possible d'inférer un lien entre la participation à la supervision centrée sur l'alliance et l'amélioration des représentations des thérapeutes et des patients concernant la capacité du thérapeute à installer son dispositif de soins dans un environnement intersubjectif fondé sur l'alliance. La convergence de ce résultat chez les patients et les thérapeutes est importante dans la mesure où la représentation de l'alliance du patient est considérée comme un meilleur facteur prédictif de son évolution thérapeutique que celle du thérapeute (Duncan & Moynihan, 1994 ; Horvath & Symonds, 1991 ; Luborsky, 1993). La perception du patient prédit également son évolution thérapeutique de manière plus solide que l'idée que le thérapeute se fait de l'alliance (Duncan & Moynihan, 1994 ; Horvath & Bedi, 2002 ; Horvath & Luborsky, 1993).

Il faut ajouter que les patients ont donné des évaluations de l'alliance plus élevées que celles des thérapeutes. Les résultats n'auraient pas eu la même portée si seules les représentations des thérapeutes avaient évolué ou si elles avaient été celles qui évoluaient le plus, ce qui n'est pas le cas.

Les résultats à l'échelle d'alliance montrent que la participation du thérapeute à la supervision a également eu des bénéfices sur les représentations des patients. Il aurait été intéressant de conduire quelques entretiens de recherche auprès de ces derniers afin d'avoir une idée plus précise de ce qui leur semblait s'être amélioré dans la manière du thérapeute de traiter l'alliance. On aurait ensuite pu comparer les propos des patients et des thérapeutes pour savoir s'ils identifiaient les mêmes dimensions (ou pas) comme étant importantes dans la gestion de l'alliance par le thérapeute.

Les résultats à l'échelle d'alliance montraient que, dans le groupe expérimental, les thérapeutes augmentaient la moyenne de leurs scores « d'Alliance » initial, avec une « grande » taille d'effet pour cette interaction Groupe\*Temps, alors que dans le groupe contrôle, les thérapeutes maintenaient la moyenne de leurs scores. Ce résultat montre que les représentations des thérapeutes ayant participé à la supervision centrée sur l'alliance se sont améliorées quant à leur capacité à installer le dispositif de soins dans un environnement intersubjectif fondé sur l'alliance, ce qui n'a pas été le cas pour les thérapeutes qui n'y ont pas participé. L'analyse des entretiens de recherche, conduits auprès du groupe expérimental faisait également apparaître une évolution des représentations des thérapeutes à la suite de leur participation à la supervision centrée sur l'alliance. Ils avaient notamment l'impression que la supervision les avait encouragés à être attentifs à l'alliance, aux enjeux relationnels qui s'actualisent en thérapie, de même qu'à l'évolution thérapeutique du patient. Également, les thérapeutes soulignaient les apports relationnels de la supervision centrée sur l'alliance - la dynamique de groupe et la relation au superviseur : « On est tous humain, avec des difficultés et il n'y a pas une solution toute faite. Et que justement nos choix ne sont pas forcément de mauvais choix ». Ces dimensions relationnelles peuvent avoir eu un effet sur le sentiment de compétence professionnelle. En effet, la littérature scientifique montre, qu'en supervision, le sentiment d'être en confiance et d'aller dans une même direction apaise les craintes des supervisés, favorise leur dévoilement professionnel et les aide à obtenir de meilleurs résultats thérapeutiques (Kavanagh & al. 2003 ; Mehr, Ladany & Caskie, 2010 ; Milne, 2009). Dans la présente étude, les thérapeutes ayant participé à la supervision centrée sur l'alliance ont bien

obtenu de meilleurs résultats du point de vue de l'alliance que ceux n'y ayant pas participé. Il est donc probable qu'ils aient également développé leur capacité à aider le patient, à le faire progresser et à l'amener à se comprendre. Il est cependant important de reproduire l'étude en mesurant plus spécifiquement l'évolution thérapeutique du patient afin de consolider cette dernière hypothèse. Également, il aurait été intéressant de mesurer l'alliance de supervision, le niveau d'anxiété des supervisés, ainsi que leur sentiment de compétence professionnelle.

Les résultats à l'échelle d'alliance vont dans le sens d'une validation de l'hypothèse H1 : le modèle de supervision centré sur l'alliance améliore les représentations que le thérapeute et le patient ont de la capacité du thérapeute à installer son dispositif de soins dans un environnement intersubjectif fondé sur l'alliance.

## **2. Les dynamiques d'alliance**

Les résultats de l'analyse en modélisation par équations structurelles PLS indiquaient que, dans le groupe contrôle (sans supervision), l'alliance des thérapeutes au Temps 1 était fortement corrélée à l'alliance des patients au Temps 2. De plus, dans ce même groupe, l'alliance des thérapeutes au Temps 2 était fortement corrélée à l'alliance des patients au Temps 3. Dans le groupe contrôle, on observait donc que lorsque les scores des thérapeutes étaient élevés, ceux des patients l'étaient aussi. On observait également que lorsque les scores des thérapeutes étaient faibles, ceux des patients l'étaient également. Il semble donc que, dans ce groupe - dont les thérapeutes n'ont pas participé à la supervision centrée sur l'alliance - il y ait eu une certaine dépendance des scores d'alliance des patients par rapport à ceux des thérapeutes, comme si le jugement des patients au sujet de l'alliance était fortement influencé par celui des thérapeutes. Ce lien de dépendance entre les résultats des patients et ceux des thérapeutes laisse penser qu'une alliance de type anaclitique<sup>78</sup> a pu se développer dans le groupe contrôle.

Pour le groupe expérimental, la configuration des résultats était différente. L'alliance des patients au Temps 2 était fortement corrélée à l'alliance des patients au Temps 1. Également, l'alliance des patients en Temps 3 était fortement corrélée à l'alliance des patients au Temps 2. Il en était de même pour les thérapeutes de ce groupe : l'alliance au Temps 2 était fortement corrélée à l'alliance au Temps 1 et l'alliance au Temps 3 était fortement corrélée à l'alliance

---

<sup>78</sup> Le terme « anaclitique » est ici utilisé dans le même sens que Spitz. Il s'agit donc de la tendance à s'appuyer sur l'objet pour vivre. L'enfant a besoin de s'appuyer sur l'objet (sa mère), alors que l'adulte devrait vivre de manière plus autonome.

au Temps 2. Dans le groupe expérimental – où les thérapeutes ont participé à la supervision - l'alliance semble donc avoir été plus autonome que dans le groupe contrôle. En effet, chaque acteur maintenait une corrélation entre ses propres scores d'alliance, indépendamment des scores de l'autre.

Il semble alors possible d'inférer que dans le groupe expérimental de thérapeutes et de patients (avec supervision), l'alliance était paritaire, alors que dans le groupe contrôle (sans supervision), l'alliance était de type anaclitique. La littérature scientifique soutient l'importance d'une alliance autonome en thérapie. En effet, plusieurs chercheurs évoquent la divergence des points de vue en thérapie comme inévitable. Elle serait même structurante, si elle fait l'objet d'un ajustement entre les acteurs de la relation thérapeutique (Blanchet, 2016 ; Lecomte & al., 2004 ; Safran & Muran, 2000). On peut donc penser que le caractère autonome de l'alliance - dans le groupe dont les thérapeutes ont participé à la supervision – peut avoir contribué au développement de l'alliance et à l'évolution thérapeutique du patient. Cependant, sur ce dernier point, il serait intéressant de reproduire l'étude en mesurant plus spécifiquement l'évolution thérapeutique du patient afin de consolider cette hypothèse.

Les résultats du groupe expérimental (avec supervision) montraient donc que thérapeute et patient cotaient l'alliance de manière autonome, en suivant chacun leur propre direction. Dans le groupe contrôle, où les thérapeutes n'ont pas participé à la supervision, l'alliance patient-thérapeute était cotée de manière anaclitique. Dans ce groupe (sans supervision), on peut se demander si les thérapeutes n'auraient pas communiqué - plus ou moins consciemment et indirectement - leur propre sentiment de l'alliance à leur patient. Il est également possible que ce soient plutôt les patients qui aient ajusté leurs scores d'alliance à ceux des thérapeutes, en raison de ce qu'ils percevaient par le biais de la communication implicite. On peut même envisager l'occurrence conjointe de ces deux hypothèses. Dans le groupe expérimental (avec supervision), l'autonomie de l'alliance des patients et des thérapeutes laisse penser que les acteurs de la relation se souciaient davantage de faire avancer la thérapie que de ce que l'autre personne pouvait penser de lui, ou de la manière dont il cotait l'alliance.

En montrant une plus grande indépendance de la perception de l'alliance des patients et des thérapeutes du groupe expérimental (avec supervision), l'analyse PLS suggère que la supervision centrée sur l'alliance a rendu les acteurs de la relation thérapeutique plus autonomes l'un par rapport à l'autre dans leur évaluation de l'alliance, ce qui serait

particulièrement important pour s'autoriser des désaccords et pour pouvoir les négocier authentiquement en thérapie (Safran & Muran, 2000).

En ce sens, les résultats de l'analyse PLS permettent de valider l'hypothèse de recherche H4 selon laquelle le modèle de supervision centré sur l'alliance améliore la représentation que le thérapeute et que le patient ont de la capacité du thérapeute à s'ajuster à l'interaction thérapeutique, notamment dans les moments relationnels difficiles.

### **3. La capacité du thérapeute à développer le lien, les tâches, les objectifs**

Les résultats aux trois sous-échelles de l'échelle d'alliance - lien, tâches et objectifs - sont maintenant interprétés.

#### **3.1. La capacité du thérapeute à développer l'entente autour du lien**

À la sous-échelle du lien de l'échelle d'alliance, les résultats ne permettent pas de distinguer les thérapeutes ayant participé à la supervision de ceux n'y ayant pas participé. Ce résultat rejoint ceux de l'étude de Mallinckrodt et Nelson (1991) qui montrait l'absence de différence, en début de thérapie, entre des thérapeutes novices et des thérapeutes expérimentés à l'échelle du lien thérapeutique à cette échelle. On peut donc penser que les jeunes thérapeutes savent suffisamment négocier le lien thérapeutique avec le patient.

On peut aussi penser que ces résultats reflètent un phénomène expliqué dans la revue de littérature : l'alliance affective s'établit en début de suivi. Pour les deux groupes ayant participé à notre étude, la moyenne du nombre de mois suivis tourne autour de 6 ( $M = 6,33$ ) avec un entretien tous les 19 jours en moyenne ( $M = 19,3$ ). Pour la totalité des suivis, il s'agirait donc d'une moyenne de 9 entretiens par dyade thérapeutique ( $M = 9,48$ ). Il s'agit donc de suivis thérapeutiques de durée moyenne. Dans la revue de la question, on rappelait que Luborsky (1976) avait identifié une alliance précoce de type 1, correspondant à l'établissement du lien et une alliance plus tardive, de type 2, résultant du travail commun et correspondant davantage à l'alliance de travail (entente autour des tâches et des objectifs thérapeutiques). Pour Luborsky, l'alliance de type 1 correspond à la phase précoce de la thérapie, où le lien thérapeutique se développe, alors que l'alliance de type 2 - plus tardive - correspond au développement de l'alliance de travail. Dans notre étude, on peut penser que les suivis thérapeutiques ont dépassé la phase correspondant à l'alliance de type 1 et qu'ils sont plutôt dans celle de type 2.

### **3.2. Capacité du thérapeute à développer l'entente autour des tâches**

À la sous-échelle des tâches thérapeutiques, les résultats ont montré que les patients ont des représentations plus positives que les thérapeutes de l'entente autour des tâches thérapeutiques. Ce résultat laisse penser que les jeunes thérapeutes ont eu tendance à sous-estimer leur capacité à favoriser un environnement intersubjectif propice à l'entente autour des tâches thérapeutiques avec le patient. Dans la littérature scientifique, l'humilité du thérapeute est considérée comme une qualité relationnelle importante (Nissen-Lie & Rønnestad, 2016 ; Orlinsky & Rønnestad, 2005 ; Hook & al., 2015). Cependant, le doute par rapport à ses capacités serait plutôt considéré comme néfaste pour l'évolution thérapeutique du patient. On peut penser que les jeunes thérapeutes ont eu tendance à douter de leur capacité à instaurer l'entente autour des tâches, alors que les patients l'ont jugée bonne. Or, la littérature scientifique souligne la primauté du point de vue du patient sur l'alliance, dans la mesure où il serait un meilleur facteur prédictif de l'évolution thérapeutique du patient que celle du thérapeute (Horvath & Symonds, 1991 ; Luborsky, 1993 ; Stiles, 2002). Ce résultat tend donc à valider partiellement l'hypothèse H1 stipulant que la participation à la supervision centrée sur l'alliance améliore les représentations des patients quant à la capacité du thérapeute à négocier l'alliance, et plus particulièrement l'entente autour des tâches thérapeutiques.

### **3.3. Capacité du thérapeute à développer l'entente autour des objectifs**

Les résultats à la sous-échelle des objectifs de l'échelle d'alliance montraient une amélioration des scores d'entente autour des objectifs thérapeutiques des patients et des thérapeutes du groupe expérimental, avec un effet d'interaction « moyen » Groupe\*Temps, alors qu'il n'y en avait pas d'amélioration chez les patients et les thérapeutes du groupe contrôle. Ces résultats laissent penser que - dans le groupe où le thérapeute a participé à la supervision - les représentations des patients et des thérapeutes concernant la capacité de ces derniers à négocier l'entente autour des objectifs thérapeutiques avec le patient s'est améliorée. Ces résultats vont dans le même sens que les entretiens de recherche conduits auprès des thérapeutes ayant participé à la supervision. En effet, ils rapportaient que cette dernière les avait rendus attentifs à la mise en place et au développement des objectifs thérapeutiques : « J'accepte de recevoir ses objectifs, bien que je n'aie pas l'habitude de travailler comme ça. En contrepartie elle accepte de ne pas recevoir de conseils de ma part ». Ce résultat tend à valider partiellement l'hypothèse H1 stipulant que la participation à la supervision centrée sur

l'alliance améliore les représentations des thérapeutes et des patients quant à la capacité du thérapeute à négocier l'entente autour des objectifs thérapeutiques.

Il faut noter que les patients ont fait une évaluation nettement supérieure de la capacité des thérapeutes à négocier l'entente autour des objectifs que les thérapeutes eux-mêmes. Encore une fois, on peut penser que les thérapeutes ont eu tendance à sous-estimer leur capacité à travailler en négociant les objectifs thérapeutiques. Skovholt et Rønnestad (2003) vont dans le même sens en soulignant que les psychothérapeutes expérimentés sont plus confiants que les jeunes thérapeutes. Dans notre étude, les sujets sont des jeunes thérapeutes. Ces résultats, de même que ceux obtenus à l'échelle des tâches permettent de penser que les thérapeutes de notre étude ont eu tendance à sous-estimer leur capacité à négocier l'alliance de travail avec le patient.

Pour résumer, les thérapeutes ayant participé à la supervision centrée sur l'alliance, ainsi que leurs patients ont une représentation améliorée de la capacité des thérapeutes à installer le dispositif de soins dans un environnement intersubjectif fondé sur l'alliance – plus particulièrement du point de vue de l'entente autour des objectifs thérapeutiques. Ces résultats peuvent suggérer, qu'en début de pratique, les jeunes thérapeutes se sentent capables de négocier l'alliance affective, mais pas forcément l'entente autour des objectifs. L'étude de Mallinckrodt et Nelson (1991) allait dans le même sens, puisqu'elle soulignait que de jeunes thérapeutes étaient capables de créer le lien avec le patient, mais qu'ils pouvaient être moins habiles pour établir les objectifs de traitement que des thérapeutes plus expérimentés.

Le fait que les jeunes thérapeutes ayant participé à la supervision centrée sur l'alliance présentent une amélioration de la représentation qu'ils se font de leur capacité à négocier l'entente autour des objectifs thérapeutiques avec le patient est intéressant pour la formation continue. On peut même se demander si les jeunes thérapeutes seraient suffisamment formés à négocier l'alliance affective, mais pas forcément à négocier l'entente autour des objectifs thérapeutiques avec le patient. Il serait également intéressant de conduire une étude pour savoir ce qu'il en est du ressenti des psychologues au moment de l'obtention de leur diplôme quant à leur capacité de négocier l'entente autour des objectifs avec le patient. Se sentent-ils suffisamment formés à l'alliance affective, mais pas forcément à négocier l'entente autour des objectifs ? Notre étude conduit à recommander un approfondissement de la formation continue à l'alliance, particulièrement du point de vue des objectifs thérapeutiques. Conduire



d'autres études sur le sujet pourrait également permettre de faire des recommandations d'approfondissement pour la formation initiale.

#### **4. La capacité du thérapeute à réguler ses réactions subjectives en thérapie**

Les scores à l'Évaluation multidimensionnelle de la régulation des émotions montraient qu'il y avait une augmentation des scores d'impulsivité des thérapeutes n'ayant pas participé à la supervision centrée sur l'alliance, mais pas d'augmentation pour ceux y ayant participé, avec un effet significatif du Temps. La participation à la supervision semble donc avoir eu un caractère protecteur du point de vue de l'impulsivité pour les thérapeutes qui y ont participé. Elle leur a permis de maintenir leur représentation de leur capacité à réguler leur impulsivité en thérapie, puisque leur score d'impulsivité est resté stable dans le temps. Ces résultats vont dans le sens de la littérature scientifique, qui soulignait la difficulté des thérapeutes dans les interactions thérapeutiques tendues, notamment du point de vue d'une tendance à s'enliser dans des cycles de communications négatifs avec le patient, particulièrement quand ce dernier est hostile (Binder, & Strupp, 1997a ; Henry & Strupp, 1994 ; Safran & Muran, 2000). On peut penser que la participation à la supervision centrée sur l'alliance a permis aux thérapeutes de ne pas s'enliser dans ces cycles négatifs avec les patients.

L'analyse des entretiens de recherche conduits auprès des thérapeutes ayant participé à la supervision suggérait la présence d'un vécu affectif teinté d'émotions complexes - comme la frustration et la colère : « Il y a des moments où je peux ressentir un peu de colère. Quand justement, elle a tendance à partir un peu dans tous les sens ». Les entretiens montraient également que les thérapeutes ont trouvé que le dispositif de supervision leur avait permis de développer des capacités d'analyse des émotions difficiles éprouvées dans l'interaction thérapeutique. Ils ont donc perçu un effet de la supervision centrée sur l'alliance sur leurs capacités réflexives et relationnelles. Plus particulièrement, ils ont trouvé qu'elle leur avait permis d'être plus attentifs à leurs propres émotions en thérapie et de les analyser. Les résultats à la sous-échelle d'impulsivité de même qu'aux entretiens de recherche vont dans le sens d'une validation partielle de l'hypothèse de recherche H2 - stipulant que le modèle de supervision centré sur l'alliance améliore la représentation que le thérapeute a de sa capacité à réguler ses réactions subjectives en thérapie. Ici, il s'agit plus particulièrement des émotions génératrices d'impulsivité, c'est-à-dire celles qui appartiennent au registre de la frustration et de la colère.

On peut se demander pourquoi aucun autre résultat que celui de l'impulsivité n'apparaît à l'Évaluation multidimensionnelle de la régulation des émotions. D'abord, il est possible que la supervision centrée sur l'alliance n'ait eu aucun effet sur les autres dimensions de la régulation émotionnelle et interpersonnelle. On peut également penser que la participation à l'étude était assez anxiogène pour tous les thérapeutes, en raison de la crainte d'un jugement entourant leur compétence professionnelle. Cette situation peut avoir favorisé des scores élevés à l'Évaluation multidimensionnelle de la régulation des émotions<sup>79</sup>, ne permettant pas d'établir beaucoup de différences entre les thérapeutes ayant participé à la supervision et ceux n'y ayant pas participé. Néanmoins, l'effet protecteur de la supervision sur l'impulsivité est à retenir puisque, dans la littérature scientifique, une mauvaise régulation du contre-transfert et des réactions subjectives du thérapeute est associée à une détérioration de l'alliance. Or, la dégradation de cette dernière conduirait fréquemment à des échecs et à des abandons thérapeutiques (Eubanks-Carter & al., 2010 ; Safran & Muran, 2016).

### **5. La capacité du thérapeute à identifier les mouvements de l'alliance**

Dans la présente étude, il y avait une augmentation des cotations de mouvements négatifs de l'alliance chez les 30 thérapeutes, avec un effet significatif du Temps. Il est possible que ce résultat indique une différence significative concernant les deux extraits vidéo. En effet, on peut penser que le nombre de mouvements négatifs de l'alliance présent dans les deux extraits n'était pas équivalent, avec un nombre plus important de mouvements négatifs dans le second extrait que dans le premier. Dans une étude future, il serait important d'essayer de maîtriser les différences entre les extraits vidéo. Par exemple, on pourrait imaginer présenter le même extrait à deux reprises, avant et après l'étude. Pour contrer les effets de mémoire dans la cotation de cette vidéo, un autre extrait vidéo serait présenté à mi-parcours de l'étude. Il ne serait pas réellement utilisé dans l'étude, mais les sujets l'ignorerait.

L'impossibilité d'utiliser des extraits d'entretiens thérapeutiques filmés pendant les séances de supervision centrée sur l'alliance peut expliquer l'absence d'autres résultats à la cotation des vidéos. En effet, les thérapeutes n'ont pas apporté d'extraits vidéo d'entretiens à la supervision, malgré la suggestion qui leur était faite de le faire. Seuls des jeux de rôles ont pu être utilisés. Cependant, ces derniers ne permettent pas de revenir sur les mouvements de l'alliance de la même manière qu'un extrait vidéo, avec lequel il est possible d'arrêter le film

---

<sup>79</sup> Des scores élevés indiquent une faible régulation émotionnelle et interpersonnelle.

et de revenir sur certains moments précis. Dans une étude future, il semble pertinent de s'assurer de l'utilisation des vidéos en supervision, afin de vérifier les effets de cette dernière sur la capacité des thérapeutes à identifier les mouvements de l'alliance.

L'analyse des entretiens de recherche conduits auprès des thérapeutes ayant participé à la supervision montre que les thérapeutes ont pensé que la supervision les avait aidés à porter attention à la dimension affective du vécu patient, aux variations de l'alliance, ainsi qu'aux moments charnières en thérapie. Ces observations vont dans le sens d'une validation partielle de l'hypothèse de recherche H3, stipulant que la supervision centrée sur l'alliance améliore la capacité du thérapeute à identifier les mouvements de l'alliance. Néanmoins, ce résultat n'a pas été soutenu par les résultats des cotations des vidéos, ce qui ne permet pas de valider l'hypothèse H3.

## **6. La capacité du thérapeute à s'ajuster à l'interaction thérapeutique**

L'analyse des entretiens de recherche conduits auprès des thérapeutes ayant participé à la supervision centrée sur l'alliance montrait que ces derniers pensaient que la supervision les avait aidés à composer avec les moments difficiles en thérapie et à s'approprier à l'interaction thérapeutique : « Avant de commencer la supervision, j'avais l'impression qu'on était presque dans un rapport de force et que les choses n'avançaient pas trop ». Néanmoins, un seul résultat aux échelles de mesure soutient l'hypothèse H4 - stipulant que le modèle de supervision centré sur l'alliance améliorerait la représentation que le thérapeute a de sa capacité à s'ajuster à l'interaction thérapeutique, notamment dans les moments relationnels difficiles. Il a déjà été décrit précédemment. Il s'agit de l'effet protecteur de la supervision sur l'impulsivité du thérapeute. Même si l'impulsivité renvoie à la régulation émotionnelle, on peut également la considérer comme un indicateur de la régulation interpersonnelle. Il s'agit donc d'un indice adéquat pour évaluer l'ajustement du thérapeute à l'interaction thérapeutique, notamment dans les situations interpersonnelles tendues avec le patient. Cependant, aucun autre résultat n'a été significatif à l'échelle de régulation émotionnelle et interpersonnelle. La validation de l'hypothèse de recherche H4 n'est donc que très partiellement soutenue par ces résultats. Cependant, elle est soutenue par les analyses PLS, ce qui a été expliqué précédemment.

Afin d'expliquer le peu de différences entre les groupes de thérapeutes – ayant ou pas participé à la supervision - du point de vue de la régulation émotionnelle et interpersonnelle, il faut mentionner le fait qu'il a été choisi de ne pas imposer aux thérapeutes d'évoquer en

supervision uniquement la situation du patient inclut à l'étude. En effet, la littérature scientifique soulignait l'importance de moduler l'appréhension des thérapeutes quant à leur participation à la supervision et de favoriser l'alliance de supervision (Lecomte, 1999 ; Mehr, Ladany & Caskie, 2010). Cependant, les entretiens semi-directifs de recherche révélaient que 40% des thérapeutes du groupe expérimental (Th1, Th5, Th7, Th10, Th13, Th14) n'avaient pas évoqué la situation du patient inclut à l'étude pendant les supervisions, mais qu'ils avaient choisi d'évoquer d'autres patients. Il s'agit d'un nombre important de thérapeutes. On peut se demander si l'influence de la supervision sur l'alliance aurait été plus concluante - notamment du point de vue de la capacité du thérapeute à s'ajuster au patient dans les moments difficiles - si les thérapeutes n'avaient parlé que des patients inclus à l'étude pendant la supervision. Cependant, il semble difficile d'imposer des thématiques de supervision à de jeunes thérapeutes, d'autant plus que les entretiens de recherche soulignaient que la dimension relationnelle de la supervision centrée sur l'alliance avait été très importante pour eux, notamment du point de vue du climat de groupe et de la relation avec le superviseur. On ne peut pas non plus exclure la possibilité que le dispositif de supervision centré sur l'alliance ait peu d'effet sur la régulation interpersonnelle du thérapeute avec le patient.

## **7. Comparaison des jeunes thérapeutes et des thérapeutes seniors concernant les mouvements de l'alliance**

La littérature scientifique suggère une influence de l'expérience professionnelle sur l'alliance (Mallinckrodt & Nelson, 1991 ; Safran & al., 2007 ; Skovholt & Rønnestad, 2003). Néanmoins, les similitudes et les différences entre thérapeutes novices et expérimentés concernant la sensibilité aux variations de l'alliance semblent avoir été peu étudiées. Dans la présente étude, les 30 thérapeutes ont été comparés à des experts dans leur cotation des deux extraits vidéo d'interactions thérapeutiques. En effet, les experts cotaient plus de mouvements globaux de l'alliance que les jeunes thérapeutes, avec un effet significatif du Groupe. De plus, les experts cotaient plus de mouvements négatifs que les jeunes thérapeutes, avec un effet significatif du Temps. Également, les experts cotaient moins de mouvements positifs de l'alliance que les jeunes thérapeutes, avec un effet Temps\*Groupe significatif. Enfin, ils en cotaient également moins, avec un effet significatif du Temps. Ces résultats laissent penser que les thérapeutes expérimentés sont plus sensibles aux variations globales et négatives de l'alliance que les jeunes thérapeutes. Également, les résultats laissent penser qu'ils portent plus attention aux variations négatives qu'aux variations positives de l'alliance.

Il est difficile de donner une explication exacte à la sensibilité des thérapeutes expérimentés aux mouvements globaux et négatifs de l'alliance. En effet, des facteurs comme l'expérience pratique des difficultés liées à la relation thérapeutique, la formation initiale à l'alliance, ou encore le cursus de formation continue peuvent avoir contribué à ces résultats. Il semble néanmoins logique de penser que des thérapeutes expérimentés aient pu être davantage exposés aux difficultés relationnelles de la thérapie dans le cadre de leur pratique et de leur formation continue que les jeunes thérapeutes. On peut donc aussi penser qu'étant donné leurs profils, les experts peuvent avoir un intérêt plus poussé pour l'alliance et pour ses variations que les jeunes thérapeutes.

Enfin, les résultats indiquaient que tous les thérapeutes (experts et jeunes) cotaient plus de mouvements négatifs, avec un effet significatif du Temps. Également, tous les thérapeutes - experts et jeunes - cotaient également moins de mouvements positifs, avec un effet significatif du Temps. Ces résultats semblent indiquer une différence entre les deux vidéos visionnées concernant les mouvements positifs et négatifs de l'alliance, avec un second extrait contenant moins de mouvements positifs et plus de mouvements négatifs que le premier. Ces résultats peuvent également être attribuables à une évolution des jeunes thérapeutes dans leur sensibilité à l'alliance, mais il est impossible d'en être certain.

Les résultats plaident donc en faveur d'une plus grande sensibilité des thérapeutes expérimentés aux mouvements globaux et négatifs de l'alliance que chez les jeunes thérapeutes. Ils vont dans le sens d'une validation de l'hypothèse de recherche H5, selon laquelle les thérapeutes seniors identifient davantage de mouvements de l'alliance que les jeunes thérapeutes. Néanmoins, les thérapeutes expérimentés semblent devenir moins sensibles aux mouvements positifs de l'alliance, ce qui ne soutient pas la validation de l'hypothèse de recherche H5.

## **8. Limites de l'étude**

Certaines limites apparaissent dans le protocole de recherche. Il serait intéressant d'y pallier si l'étude était reproduite.

### **8.1. Limites liées au protocole de recherche**

Comme ils ne participaient pas à la supervision pendant l'étude, les thérapeutes du groupe contrôle n'ont pas été rencontrés en entretiens de recherche, ce qui n'a pas permis de

comparer les deux groupes. Si l'étude était reproduite, il serait intéressant de le faire. En effet, les propos des thérapeutes des deux groupes auraient pu être recueillis et comparés pour les thèmes 1 à 5 de la grille d'entretien : travail engagé avec le patient, perception de l'évolution du patient, vécu du suivi, vécu du plus récent entretien, moments difficiles avec le patient. Pour le groupe contrôle, les thèmes 6 et 7 – effets de la supervision sur le travail thérapeutique et vécu de la supervision - auraient pu être modifiés. Il aurait notamment été pertinent de demander aux thérapeutes de ce groupe quels étaient leur besoin de supervision au regard de l'alliance et comment ils se projetaient dans une situation de supervision groupale. Ces points de vue auraient pu enrichir d'éventuelles modifications à apporter au modèle de supervision centré sur l'alliance.

L'inclusion du patient à l'étude a été réalisée par le thérapeute, ce qui peut être critiqué sur le plan méthodologique. En effet, malgré le fait que les critères d'inclusion et d'exclusion aient été explicités aux thérapeutes, cette situation ne permettait pas de vérifier s'ils les avaient bien tous respectés. D'ailleurs, le critère d'exclusion des patients suivis depuis plus de trois mois n'a pas été respecté par plusieurs thérapeutes, qui ont inclus à l'étude des patients suivis depuis plus longtemps. Ce fut le cas dans le groupe expérimental (thérapeutes 1, 2, 4, 7, 8, 10, 11, 13, 14) comme dans le groupe contrôle (thérapeutes 16, 19, 21, 22, 23, 26, 27, 29). À posteriori, il est apparu que cette situation pouvait révéler un biais de désirabilité sociale, dans lequel les thérapeutes auraient tenté d'obtenir des réponses conformes aux attentes qu'ils percevaient pour l'étude, notamment concernant la qualité de l'alliance thérapeutique. En effet, certains thérapeutes peuvent avoir choisi – plus ou moins intentionnellement - d'inclure des patients suivis depuis plus de trois mois parce qu'ils avaient de bonnes alliances avec eux, de même qu'un sentiment de pouvoir faire un travail thérapeutique positif. Également, les entretiens de recherche conduits auprès du groupe expérimental révélaient que dans au moins 60% des cas, l'inclusion du patient s'est faite dans un contexte de suivi thérapeutique plutôt apaisé. Les raisons évoquées par certains thérapeutes pour ne pas avoir inclus des patients suivis depuis moins de trois mois - telles que les contraintes liées au milieu professionnel - peuvent donc être comprises à la lumière du biais de désirabilité sociale. Les propos de quatre thérapeutes vus en entretiens de recherche remettent plus ou moins directement en question la démarche adoptée par le thérapeute pour inclure le patient à l'étude (thérapeutes 1, 6, 13, 15). Également, on se rend compte a posteriori que malgré les critères qu'il leur avait été demandé de respecter, quelques thérapeutes ont inclus à l'étude des patients qu'ils voyaient à une fréquence plus éloignée qu'une fois par mois. Ce fut le cas dans le groupe expérimental

(thérapeutes 5 et 7) comme dans le groupe contrôle (thérapeute 22). Cette variabilité dans le moment du début du suivi et de sa fréquence peut aussi soutenir l'hypothèse d'un biais de désirabilité sociale chez les thérapeutes. En effet, la variabilité conduit à penser que plusieurs thérapeutes ont inclus à l'étude des patients avec lesquels ils avaient une bonne alliance, ce qui semble corroboré par la moyenne élevée des scores d'alliance des 30 patients au temps 1 de l'étude ( $M = 66^{80}$ ). On remarque cependant que, malgré ce biais probable, lié à l'inclusion des patients à l'étude, les résultats statistiques descriptives et celles liées au score d'alliance sont solides. Elles soulignent clairement que les deux groupes sont semblables du point de vue de leurs caractéristiques et qu'il existe une grande différence entre eux du point de vue de l'alliance.

Pour permettre une inclusion des patients par le chercheur, il aurait fallu adosser l'étude à un lieu unique, comme un centre de consultation universitaire. Mais même dans ce cas, ce sont les thérapeutes qui, dans un premier temps, auraient sollicité la participation du patient à l'étude, ce qui aurait également pu induire un biais de désirabilité sociale. En effet, la littérature scientifique souligne une peur fréquente du jugement, une inquiétude au sujet de la compétence professionnelle, de la gêne, de l'anxiété - voire de la honte - chez les jeunes thérapeutes, ce qui peut expliquer la tendance à l'inclusion de patients avec une bonne alliance préalable (Anderson, 2008 ; Walsh, Gillespie, Greer & Eanes, 2003 ; Lecomte 1999, 2010, 2012).

Il est également possible qu'il y ait eu un biais de désirabilité sociale du côté des patients des deux groupes. En effet, ces derniers peuvent avoir donné - plus ou moins consciemment - des réponses aux échelles de mesure conformes à une image positive du thérapeute. Ils peuvent aussi avoir perçu implicitement un besoin de leur thérapeute de préserver cette image. Il se peut également qu'ils aient eu eux-mêmes besoin de préserver leur image de la compétence de leur thérapeute, dans un processus de cohérence cognitive avec leur engagement dans la démarche thérapeutique. Il s'agirait alors d'un biais d'auto-confirmation.

## **8.2. Limites liées à la double posture de chercheur et de superviseur**

Il est possible que la double posture de chercheur et de superviseur de l'auteur de cette thèse ait été un sujet d'inquiétude pour les jeunes thérapeutes. En effet, cette double posture pouvait nourrir une pression à la performance chez certains thérapeutes. Même s'il a été précisé aux

---

<sup>80</sup> Les scores totaux de l'Inventaire d'alliance vont de 12 à 84.

thérapeutes que les résultats de recherche ne seraient dépouillés qu'à la fin de l'étude, la participation du patient pouvait comporter une dimension évaluative dans l'imaginaire du thérapeute. De plus, les thématiques de la supervision et des instruments de mesure - particulièrement de l'échelle d'alliance - étaient faciles à comprendre, ce qui peut avoir contribué à renforcer le biais de désirabilité sociale chez les thérapeutes. La transparence des instruments de mesure comme de la thématique de recherche n'est sans doute pas sans conséquence. En effet, il est probable qu'elle ait contribué au biais de désirabilité sociale et qu'elle ait influencé la manière dont les thérapeutes ont inclus les patients à l'étude.

Concernant le biais de désirabilité sociale, la double posture de chercheur et de superviseur peut être jugée comme étant trop proche de l'objet d'étude. Néanmoins, ce serait souvent le cas en sciences sociales. De plus, le chercheur ayant été lui-même jeune psychologue, longtemps supervisé et encore praticien, une attention particulière a été portée aux craintes des supervisés. Le fait d'appartenir au même groupe professionnel que les supervisés peut avoir donné des connaissances au chercheur au sujet du vécu des participants, auquel un intervenant extérieur à ce groupe aurait probablement accédé plus difficilement (Kohn & Mackiewicz, 2001). Également, le chercheur a tenté d'être conscient de sa propre subjectivité et de la travailler pour essayer de l'objectiver (Casellas-Menière, 2001 ; Kohn & Mackiewicz, 2001). L'analyse des entretiens de recherche a souligné le fait que les supervisés avaient apprécié le climat de la supervision et la personne du superviseur, ce qui n'aurait sans doute pas été le cas si les rôles de chercheur et de superviseur s'étaient trop confondus. Également, on peut penser que la double posture de chercheur et de superviseur peut avoir été modérée par le fait d'avoir adopté une méthodologie de recherche incluant à la fois un entretien de recherche et des échelles de mesure. Cette méthodologie a permis d'accéder à la fois aux représentations des thérapeutes et d'objectiver les résultats de recherche en utilisant des échelles. Enfin, la position de chercheur et de superviseur peut aussi être vue comme une ressource pour l'étude, dans la mesure où elle a permis au chercheur de croiser ses connaissances théoriques et conceptuelles avec son expérience pratique, au bénéfice des supervisés (Kohn & Mackiewicz, 2001). De même, être à la fois observateur (chercheur) et participant (superviseur) permet une immersion dans une situation sociale pouvant donner lieu à un feedback donné au groupe concerné. Dans la présente étude, le chercheur pourra donner une rétroaction aux acteurs de sa profession et peut-être stimuler des évolutions dans les pratiques professionnelles de même que dans l'enseignement pratique (Junker, 1960 ; Soulé, 2007).



## 9. Conclusion de la discussion

Dans la présente étude, il s'agissait de vérifier si un modèle de supervision centrée sur l'alliance pouvait contribuer à améliorer la représentation que le patient et le thérapeute ont de la capacité du thérapeute à installer son dispositif de soin dans un environnement intersubjectif fondé sur l'alliance - cette dernière étant un bon facteur prédictif de l'évolution thérapeutique du patient.

Du point de vue de la validation des hypothèses :

- H1 est validée : la supervision centrée sur l'alliance améliore les représentations que les thérapeutes et les patients ont de la capacité du thérapeute à installer son dispositif de soin dans un environnement intersubjectif fondé sur l'alliance, notamment du point de vue de l'alliance de travail (tâches et objectifs) et particulièrement des objectifs.
- H2 est très partiellement validée : La supervision centrée sur l'alliance améliore la représentation que le thérapeute a de sa capacité à réguler ses réactions subjectives en thérapie, très spécifiquement du point de vue de la frustration et de la colère sous-jacentes à l'impulsivité.
- H3 est invalidée : La supervision centrée sur l'alliance n'améliore pas la capacité du thérapeute à identifier les mouvements de l'alliance.
- H4 est validée : La supervision centrée sur l'alliance améliore la représentation que le thérapeute a de sa capacité à s'ajuster à l'interaction thérapeutique, spécifiquement du point de vue de l'autonomie de sa perception de l'alliance par rapport à celle du patient, mais aussi du point de sa capacité à se contrôler dans un contexte émotionnel négatif (impulsivité).
- H5 est partiellement validée : Les thérapeutes seniors identifieraient davantage de mouvements globaux et négatifs de l'alliance que les jeunes thérapeutes, mais pas de mouvements positifs.

La supervision centrée sur l'alliance a donc été utile pour améliorer les représentations que les acteurs de la relation thérapeutique ont de la capacité du thérapeute à aider le patient, à le faire progresser et à l'amener à se comprendre.

L'utilité de la supervision en général ayant parfois été sujet à caution, la présente étude tend à montrer que la supervision peut fonctionner, en particulier, pour développer les capacités réflexives et relationnelles des thérapeutes dans l'alliance. Les résultats de l'étude montrent que la supervision a apporté des connaissances supplémentaires aux thérapeutes qui y ont participé concernant leur rôle dans l'alliance. Ils mettent donc en exergue l'intérêt de professionnaliser l'apprentissage de l'alliance, c'est-à-dire de former les thérapeutes pour les rendre réflexifs dans l'action. On peut même se demander si l'approfondissement de la formation à l'alliance pourrait permettre aux thérapeutes d'augmenter le potentiel de réussite des thérapies. Il serait donc intéressant de conduire une étude sur le progrès thérapeutique du patient en fonction de la condition participation / absence de participation à une supervision centrée sur l'alliance.

L'étude montrait également que les jeunes thérapeutes sont suffisamment formés à l'entente autour du lien thérapeutique, mais qu'il serait pertinent de recommander un approfondissement de la formation à l'alliance de travail, plus particulièrement du point de vue des objectifs thérapeutiques. On peut également penser qu'une supervision qui ne serait pas spécialisée à l'alliance pourrait gagner à approfondir l'alliance de travail. Des études ultérieures devront néanmoins être conduites afin de confirmer l'intérêt d'une telle démarche. Pour mieux cerner les besoins de formation des thérapeutes, il serait intéressant de conduire une étude avec cinq conditions de supervision : centrée sur le lien affectif / sur les tâches / sur les objectifs / sur les trois précédentes / aucune supervision.

Enfin, la supervision centrée sur l'alliance pourrait être recommandée pour contrer l'impulsivité des thérapeutes dans les situations émotionnelles négatives, comme c'est le cas dans les situations d'intervention auprès d'une patientèle difficile. On peut également envisager l'utilité d'une telle démarche pour d'autres professionnels de santé ou de l'éducation, souvent confrontés à des situations professionnelles difficiles du point de vue de la relation.

Les commentaires des thérapeutes ayant participé à la supervision centrée sur l'alliance, de même que les résultats de recherche laissent penser que le modèle pourrait être amélioré en augmentant le nombre de séances de supervision – notamment dans le but de favoriser l'intégration de la technique de méta-communication sur les processus thérapeutique - en

utilisant des vidéos d'entretiens lors des supervisions et en essayant de centrer davantage les thérapeutes sur le patient inclus à l'étude pendant les supervisions.

Si la formation des thérapeutes à l'alliance paraît très importante, les résultats des thérapeutes seniors semblent néanmoins indiquer que l'expérience professionnelle n'est pas à sous-estimer pour expliquer le développement des capacités réflexives des thérapeutes.

## CONCLUSION GÉNÉRALE

Le présent travail interrogeait l'utilité d'une supervision centrée sur l'alliance dans la formation continue des thérapeutes. Après avoir présenté les principales connaissances scientifiques en psychothérapie, la thèse insistait sur le caractère prédictif de l'alliance thérapeutique dans l'évolution thérapeutique du patient. Elle mettait en évidence les risques d'échecs et d'abandons thérapeutiques liés aux situations conflictuelles entre patient et thérapeute. Elle interrogeait ensuite les capacités réflexives et relationnelles du thérapeute nécessaires à l'alliance, afin de permettre à ces derniers de rester présents aux patients, en dépit des difficultés qui surviennent dans la relation thérapeutique. La thèse exposait ensuite les connaissances scientifiques liées à la supervision, en général, et aux dispositifs de formation centrés sur l'alliance, en particulier. Elle proposait un modèle de supervision centré sur l'alliance pour aider les thérapeutes à instaurer et à développer l'alliance, à composer avec leur propre vécu affectif en thérapie, à repérer les fluctuations de l'alliance, ainsi qu'à s'apparier à l'interaction thérapeutique, particulièrement dans les moments difficiles.

L'étude adossée à la thèse s'est déroulée sur deux ans. Elle nous a permis de rencontrer 30 jeunes psychologues, provenant de champs d'exercices divers et ayant moins de six années de pratique de la psychothérapie et de la consultation psychologique. Parmi eux, 15 thérapeutes ont participé à 5 séances de supervision centrée sur l'alliance et 15 autres n'y ont pas participé, ce qui a permis de les comparer du point de vue de leur capacité à installer le dispositif de soins dans un environnement intersubjectif fondé sur l'alliance. En d'autres termes, on se demandait si la participation à la supervision allait influencer les représentations des thérapeutes et des patients quant à la capacité des thérapeutes à aider le patient, à le faire progresser et à l'amener à se comprendre. On se demandait également si la participation à la supervision influencerait la représentation que les thérapeutes avaient de leur capacité à réguler leurs émotions, de même qu'à s'apparier à la relation avec le patient. On s'intéressait aussi à l'effet de la supervision sur la capacité à identifier les mouvements de l'alliance, ainsi qu'aux différences entre les jeunes thérapeutes et des thérapeutes seniors au regard de cette capacité.

Pour répondre à ces questions, les 30 thérapeutes ont rempli un questionnaire socio-démographique, l'Inventaire d'alliance de travail et l'Évaluation multidimensionnelle de la régulation des émotions. Ils ont également fait des observations sur deux extraits vidéo

d'interactions patient-thérapeute concernant les mouvements potentiels de l'alliance. Les thérapeutes du groupe expérimental ont également participé à un entretien de recherche. La rencontre avec les thérapeutes a été humainement et professionnellement très riche. Plusieurs d'entre eux ont souhaité poursuivre en supervision individuelle à la fin de l'étude. La participation des patients visait à comparer les représentations que thérapeutes et les patients avaient de l'alliance. Les 30 patients ont donc rempli l'Inventaire d'alliance de travail. Leur participation permis d'éclairer l'alliance thérapeutique et d'en tirer une estimation la plus réelle possible.

Les principaux résultats de l'étude indiquaient que :

- dans le groupe avec supervision, les thérapeutes et les patients augmentaient la moyenne commune de leurs scores « d'Alliance » dans le temps, alors que dans le groupe sans supervision, ils la maintenaient.
- dans le groupe avec supervision, les thérapeutes et les patients augmentaient la moyenne commune de leurs scores « d'Objectifs » dans le temps, alors que dans le groupe sans supervision, ils la maintenaient.
- dans le groupe sans supervision, l'alliance des thérapeutes au Temps 1 était fortement corrélée à l'alliance des patients au Temps 2. Dans ce même groupe, l'alliance des thérapeutes au Temps 2 était fortement corrélée à l'alliance des patients au Temps 3.
- il y avait une augmentation des scores d'impulsivité des thérapeutes du sans supervision et pas d'augmentation dans le groupe avec supervision.
- Les thérapeutes expérimentés cotaient significativement plus de mouvements globaux et de mouvements négatifs de l'alliance que les jeunes thérapeutes.

Les entretiens semi-directifs de recherche ont révélé que les thérapeutes du groupe expérimental ont jugé que la supervision centrée sur l'alliance les avait encouragés à travailler la relation et l'alliance thérapeutiques, leurs propres réactions subjectives, ainsi que la négociation des besoins avec le patient. La majorité des thérapeutes identifiait un effet positif de la supervision centrée sur l'alliance sur leur capacité à travailler la relation thérapeutique et les processus thérapeutiques. Elle soulignait également les apports du groupe de supervision et du superviseur, mettant en exergue l'influence des facteurs relationnels dans la supervision centrée sur l'alliance.

À partir des résultats de l'étude, on a pu inférer que la supervision centrée sur l'alliance était utile pour développer les capacités réflexives et relationnelles des thérapeutes dans l'alliance. En effet, la supervision améliorait les représentations des thérapeutes et des patients quant à la capacité du thérapeute à installer le dispositif de soins dans un environnement intersubjectif fondé sur l'alliance avec le patient. Les représentations des thérapeutes et des patients s'amélioraient donc concernant la capacité du thérapeute à aider le patient, à le faire progresser et à l'amener à se comprendre. La supervision améliorait également la représentation que thérapeutes et patients avaient de la capacité du thérapeute à négocier l'entente autour des objectifs avec le patient. Également, un point de vue davantage autonome sur l'alliance apparaissait chez les patients et les thérapeutes ayant participé à la supervision centrée sur l'alliance que dans le groupe où les thérapeutes n'ont pas participé. Dans ce second groupe, l'alliance des patients se déployait d'une manière anaclitique, c'est-à-dire en s'étayant sur la représentation de l'alliance des thérapeutes. L'étude montrait également un effet protecteur de la supervision centrée sur l'alliance sur l'impulsivité des thérapeutes. Enfin, l'étude montrait que les thérapeutes seniors identifient plus de mouvements globaux et négatifs de l'alliance que les jeunes thérapeutes.

Pour résumer, la supervision centrée sur l'alliance est utile pour aider le thérapeute à installer le dispositif de soins un environnement intersubjectif fondé sur l'alliance. Elle semble également avoir un effet protecteur sur son impulsivité. Même si l'expérience professionnelle semble permettre de développer la réflexivité et les capacités relationnelles, il paraît important de continuer à former les jeunes thérapeutes à l'alliance – en particulier à l'entente autour des objectifs thérapeutiques.

## REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Ackerman, S. J., Benjamin, L. S., Beutler, L. E., Gelso, C. J., Goldfried, M. R., & Hill, C. E. (2002). *Empirically Supported Therapy Relationships: Conclusions and Recommendations of the Division 29 Task Force* (J. C. Norcross, Éd.). New York, NY: Oxford University Press. doi: 10.1037/A0022425.
- Ackerman, S. J., & Hilsenroth, M. J. (2003a). A review of therapist characteristics and techniques negatively impacting the therapeutic alliance. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 38(2), 171–195. doi: 10.1037/0033-3204.38.2.171.
- Ackerman, S. J., & Hilsenroth, M. J. (2003b). A review of therapist characteristics and techniques positively impacting the therapeutic alliance. *Clinical Psychology Review*, 23(1), 1–33. doi: 10.1016/S0272-7358(02)00146-0.
- Ahn, H., & Wampold, B. (2001). Where Oh Where Are the Specific Ingredients? A Meta-Analysis of Component Studies in Counseling and. *Psychotherapy. Journal of Counseling Psychology*, 48(3), 251–257. doi: 10.1037/0022-0167.48.3.251.
- Ainsworth, M.S., Blehar M.C., Waters E. & Wall S. (1978). *Patterns of attachment: a psychological study of the strange situation*. Hillsdale: Lawrence Erlbaum Associates. doi: 10.1002/1097-0355.
- Alexander, L. B., & Luborsky, L. (1986). The Penn Helping Alliance Scales. In L. S. Greenberg & W. M. Pinsof (Eds.), *Guilford clinical psychology and psychotherapy series. The psychotherapeutic process: A research handbook*, New York, NY, US: Guilford Press, 325-366.
- Altfeld, D., & Bernard, H. (1997). An experiential group model for group psychotherapy supervision. In C. Watkins (Eds.) *Handbook of psychotherapy supervision*. New York: John Wiley and Sons. doi: 10.1080/00207284.1999.11491583.

- APA Presidential Task Force on Evidence-Based Practice (2006). Evidence-based practice in psychology. *American Psychologist*, 61(4), 271-285. doi: 10.1037/0003-066X.61.4.271.
- American Psychological Association (2010). Survey findings emphasize the importance of self-care for psychologists. En ligne <https://www.apaservices.org/practice/update/2010/08-31/survey.aspx2010/08-31/survey.aspx>.
- Anderson, L. (2008). Psychodynamic supervision in a group setting: Benefits and limitations *Psychotherapy in Australia*, 14(2), 36-41. ISSN: 1323-0921.
- Anderson, T., Knobloch-Fedders, L. M., Stiles, W. B., Ordonez, T., & Heckman, B. D. (2012). The power of subtle hostility in psychotherapy: A speech acts analysis. *Psychotherapy Research*, 22(3), 348–362. doi: 10.1080/10503307.2012.658097.
- Anzieu, D. (1999). *Le groupe et l'inconscient : L'imaginaire groupal*. Dunod.
- Argyris, C., & Schön, D. A. (1999). *Théorie et pratique professionnelle, comment en accroître l'efficacité*. Montréal, Québec : Les Éditions Logiques.
- Aron, L. (2000). Self-reflexivity and the therapeutic action of psychoanalysis. *Psychoanalytic Psychology*, 17(4), 667–689. doi: 10.1037/0736-9735.17.4.667.
- Asay, T. P., & Lambert, M. J. (1999). In M. A. Hubble, B. L. Duncan, & S. D. Miller (Eds.), *The heart and soul of change: What works in therapy*, Washington, DC, US: American Psychological Association, 23-55. doi: 10.1037/11132-001.
- Assoun, P.L. (2013). Lacan. Presses Universitaires de France.
- Bachelor, A. (1995). Clients' perception of the therapeutic alliance: A qualitative analysis. *Journal of Counseling Psychology*, 42(3), 323–337. doi: 10.1037/0022-0167.42.3.323.



- Bachelor, A., & Horvath, A. (1999). The therapeutic relationship. In M. A. Hubble, B. L. Duncan, & S. D. Miller (Eds.), *The heart and soul of change: What works in therapy*. Washington, DC, US: American Psychological Association, 133-178. doi: 10.1037/11132-004.
- Bakhtin, M. M. (1981). *The dialogic imagination: Four essays*. Austin: The University of Texas Press. doi: 10.1075/z.184.15bak.
- Baldwin, S. A., Wampold, B. E., & Imel, Z. E. (2007). Untangling the alliance-outcome correlation: Exploring the relative importance of therapist and patient variability in the alliance. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 75*(6), 842-852. doi: 10.1037/0022-006X.75.6.842.
- Baldwin, S., & Imel, Z. E. (2013). *Therapist effect: Findings and methods*. In M. J. Lambert (Éd.). *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (6th Ed.), New York: Wiley, 258-297. ISBN: 978-1-118-03820-8.
- Bedi, R. P., Davis, M. D., & Williams, M. (2005). Critical incidents in the formation of the therapeutic alliance from the client's perspective. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training, 42*(3), 311–323. doi: 10.1037/0033-3204.42.3.311.
- Beebe, B., & Lachmann, F. (1998). Co-constructing inner and relational processes: Self and mutual regulation in infant research and adult treatment. *Psychoanalytic Psychology, 15*(4), 480–516. doi: 10.1037/0736-9735.15.4.480.
- Beebe, B., & Lachmann, F. (2003). The relational turn in psychoanalysis: A dyadic systems view from infant research. *Contemporary Psychoanalysis, 39*(3), 379–409. doi: 10.1080/00107530.2003.10747213.

- Beihl, H. (2011). Psychotherapy: Shifting from technique to client. *BC Psychologist*, 18(21), 31. En ligne [https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=2ahUKewjNgvSiztfiAhXYAmMBHWGXCHEQfjAAegQIABAC&url=http%3A%2F%2Fwww.hansbeihl.com%2Fwp-content%2Fuploads%2F2011%2F12%2Falliancefinalweb.pdf&usg=AOvVaw1JtKJcM\\_gFMP8MhwmIcHJ0](https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=2ahUKewjNgvSiztfiAhXYAmMBHWGXCHEQfjAAegQIABAC&url=http%3A%2F%2Fwww.hansbeihl.com%2Fwp-content%2Fuploads%2F2011%2F12%2Falliancefinalweb.pdf&usg=AOvVaw1JtKJcM_gFMP8MhwmIcHJ0).
- Bein, E., Anderson, T., Strupp, H. H., Henry, W. P., Schacht, T. E., Binder, J. L., & Butler, S. F. (2000). The effects of training in time-limited dynamic psychotherapy: Changes in therapeutic outcome. *Psychotherapy Research*, 10(2), 119–132. doi: 10.1093/ptr/10.2.119.
- Benish, S., Imel, Z. E., & Wampold, B. E. (2008). The relative efficacy of bona fide psychotherapies for treating posttraumatic stress disorder: A meta-analysis of direct comparisons. *Clinical Psychology Review*, 28(7), 746–758. doi: 10.1186/s12888-016-0979-2.
- Benjamin, J. (1988). *The bonds of love. Psychoanalysis, Feminism, and the Problem of Domination*. New York: Pantheon.
- Benjamin, J. (1990). An outline in intersubjectivity: The development of recognition. *Psychoanalytic Psychology*, 7, 33–46. doi: 10.1037/h0085258.
- Benjamin, J. (1995). *Like Subjects, Love Objects*. New Haven, CT: Yale University Press.
- Benjamin, J. (2004). Beyond doer and done to: An intersubjective view of thirdness. *Psychoanalytic Quarterly*, 7(1), 5-46. doi: 10.1002/j.2167-4086.2004.tb00151.x.
- Bernard, J. M., & Goodyear, R. K. (2014). *Fundamentals of clinical supervision* (5<sup>e</sup> éd.). Boston, MA: Merrill.

- Bernard, M., de Roten, Y., Despland, J-N., & Stiefel, F. (2012). Oncology clinicians' defenses and adherence to communication skills training with simulated patients: An exploratory study. *Journal of Cancer Education*, 27(3), 399-403. doi: 10.1007/s13187-012-0366-8.
- Bessette, M. (2010). Psychothérapie des troubles de la personnalité : Quand l'impasse n'est pas du côté du client. *Santé Mentale au Québec*, 35(2), 87–116. doi: 10.7202/1000555.
- Bessette, M. (2012). *Changements dans la régulation du contre-transfert avec la clientèle souffrant d'un trouble de la personnalité après une supervision centrée sur la théorie de Masterson. Thèse de l'Université du Québec à Trois-Rivières.*
- Binder, J. L., & Strupp, H. H. (1997a). Negative process: Recurrently discovered and underestimated facet of therapeutic process and outcome in the individual psychotherapy of adults. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 4(2), 121–139.
- Binder, J. L., & Strupp, H. H. (1997b). Supervision of psychodynamic therapies. In C. E. Watkins Jr (Éd.), *Handbook of psychotherapy supervision*, New York: John Wiley & Sons, 44-62.
- Bioy, A., & Bachelart, M. (2010). L'alliance thérapeutique : historique, recherche et perspectives cliniques. *Perspectives Psy*, 49(4), 317–326. doi: 10.1051/ppsy/2010494317.
- Bioy, A. Bénony, H., Chahraoui, K., & Bachelart, M. (2012). Évolution du concept d'alliance thérapeutique en psychanalyse, de Freud à Renik. *L'évolution*, 77(3), 342–351. doi: 10.1016/j.evopsy.2012.02.003.
- Blanchet, A. (2016). *Les psychothérapies sont-elles rationnelles ? Dire, faire dire et guérir.* Grenoble : Presses Universitaires de Grenoble.

- Bond, M., Banon, E., & Grenier, M. (1998). Differential effects of intervention on the therapeutic alliance with patients with personality disorders. *The Journal of Psychotherapy Practice and Research*, 7(4), 301–318. PMID: 9752641.
- Bordin, E. S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 16(3), 252–260. doi: 10.1037/h0085885.
- Bordin, E. S. (1983). A working alliance-based model of supervision. *The Counseling Psychologist*, 11(1), 35–42. doi: 10.1177/0011000083111007.
- Brenner, C. (1979). Working alliance, therapeutic alliance and transference. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 27, 137–157.
- Briffault, X. (2009). Conflits anthropologiques et stratégies de lutte autour de l'évaluation des psychothérapies. *Nouvelle revue de psychosociologie*, 8, 105-118. doi: 10.3917/nrp.008.0105.
- Carroll, M. (1996). *Counseling supervision : Theory, skills and practice*. London : Cassell.
- Carroll, M. (2007). Clinical psychology supervision. *Clinical Psychology Forum*, 174, 35–37.
- Casellas-Menièrè, M.-F. (2001). *Le travail des doubles*. In Mackiewicz, M.-P. (Éd.). *Praticien et chercheur. Parcours dans le champ social*, 55-69. Paris : L'Harmattan.
- Castonguay, L. E., & Beutler, L. E. (Éd.). (2006). *Principle of therapeutic change that work*. New York, NY: Oxford University Press.
- Castonguay, L. G., Goldfried, M. R., Wisner, S. L., Raue, P. J., & Hayes, A. M. (1996). Predicting the effect of cognitive therapy for depression: A study of unique and common factors. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64(3), 497–504. doi: 10.1037/0022-006X.64.3.497.

- Castonguay, L. G., Constantino, M.J., & Holtforth, M. G. (2006). The working alliance: Where we are and where should we go? *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 43(3), 271–279. doi: 10.1037/0033-3204.43.3.271.
- Chambon, O., & Marie-Cardine, M. (2014). *Les bases de la psychothérapie. Approche intégrative et éclectique* (Dunod).
- Chertok, L., & De Saussure, R. (1996). *Naissance du psychanalyste*. Collection Les empêcheurs de penser en rond. Edité par Synthélabo Groupe.
- Chung, M. C., & Hyland, M. E. (2012). *History and Philosophy of Psychology*. John Wiley & Sons Ltd, Wiley-Blackwell. ISBN: 978-1-405-17946-1.
- Corbière, M., Bisson, J., Lauzon, S., & Ricard, N. (2006). Factorial validation of a French short form of the Working Alliance Inventory. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 15(1), 36–45. doi: 10.1002/mpr.27.
- Côté, G., Gosselin, P., & Dagenais, I. (2013). Difficulties in Emotion Regulation Scale. Psychometric properties of a French version of the Difficulties in Emotion Regulation Scale. *Journal de Thérapie*, 23(2), 63–72. doi: 10.1016/j.jtcc.2013.01.005.
- Crits-Christoph, P., Baranachie, K., Kurcias, J., Beck, A., Carroll, K., Perry, K., Luborsky, L., McLellan, A., Woody, G., Thomson, L., Gallagher, D., & Zitrin, C. (1991). Meta-Analysis of Therapist Effects in Psychotherapy Outcome Studies. *Psychotherapy Research*, 1(2), 81–91. doi: 10.1080/10503309112331335511.
- Crits-Christoph, P., & Connolly, M. B. (1999). Alliance and technique in short-term dynamic therapy. *Clinical Psychology Review*, 19(6), 687–704. doi: 10.1016/S02272-7358(98)00079-8.

- Crits-Christoph, P., Connolly Gibbons, M. B., Crits-Christoph, K., Narducci, J. S., M., & Gallop, R. (2006). Can therapists be trained to improve their alliances? A preliminary study of alliance-fostering psychotherapy. *Psychotherapy Research, 16*(3), 268–281. doi: 10.1080/10503300500268557.
- Crits-Christoph, P., Gibbons, M. B., & Hearon, B. (2006). Does the alliance cause good outcome? Recommendations for future research on the alliance. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training, 43*(3), 280–285. doi: 10.1037/0033-3204.43.3.280.
- Crits-Christoph, P., Connolly Gibbons, M. B., Hamilton, J., Ring-Kurtz, S., & Gallop, R. (2011). The dependability of alliance assessments: The alliance-outcome correlation is larger than you might think. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 79*(3), 267–278. doi : 10.1037/a0023668.
- Cyr, M., Lecomte, C., Perron, J., & Alain, M. (1989). La prédiction du potentiel d'intervention de futurs conseillers: Un processus en réévaluation continue. *Canadian Journal of Counselling, 23*(4), 318–328. ISSN: 1923-6182.
- Cyr, M., Bouchard, M. A., & Lecomte, C. (1990). Psychotherapists: What they do versus what they say they do. *Canadian Journal of Counselling, 24*(1), 17–25. ISSN: 1923-6182.
- Dan-Glauser, E. S., & Scherer, K. R. (2013). The Difficulties in Emotion Regulation Scale (DERS). Factor Structure and Consistency of a French Translation. *Swiss Journal of Psychology, 72*(1), 5–11. doi: 10.1024/1421-0185/a000093.
- De Roten, Y., Michel, L., & Peter, D. (2007). Pour un dialogue entre recherche et clinique : Une étude de cas autour de l'alliance thérapeutique. [For a dialogue between research and clinical practice. A case study on therapeutic alliance]. *Psychothérapies, 27*(1), 37–45. doi: 10.3917/psys.071.0037.

- Dejours, C. (1980). *Travail, usure mentale. De la psychopathologie à la psychodynamique du travail*. Bayard.
- Delisle, G. (2018). La compétence affective du psychothérapeute, face cachée de l'efficacité. En ligne <https://www.cigestalt.com/activites/32/la-competence-affective-du-psychotherapeute>.
- Delourme, A., & Marc, E. (2011). *La supervision en psychanalyse et en psychothérapie. 2e édition*. Dunod.
- De Roten, D. (2001). L'alliance thérapeutique : Un petit quelque chose en plus qui change tout ? Guérir par le changement, changer par la guérison. Bulletin d'information de la fondation. *Ling*, 23, 9–10. En ligne [https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwjH9OSs2aziAhWR3eAKHXtqB\\_0QFjAAegQIAxAB&url=https%3A%2F%2Fdocplayer.fr%2F40702740-L-a-l-e-t-t-r-e-guerir-par-le-changement-changer-par-la-guerison-fondation-ling-f-ondation-l-i-n-g-n-o-23-sept-redaction.html&usg=AOvVaw1-rtAMASQLVci1vXIpipGY](https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwjH9OSs2aziAhWR3eAKHXtqB_0QFjAAegQIAxAB&url=https%3A%2F%2Fdocplayer.fr%2F40702740-L-a-l-e-t-t-r-e-guerir-par-le-changement-changer-par-la-guerison-fondation-ling-f-ondation-l-i-n-g-n-o-23-sept-redaction.html&usg=AOvVaw1-rtAMASQLVci1vXIpipGY).
- DeRubeis, R. J., Brotman, M. A., & Gibbons, C. J. (2005). A conceptual and methodological analysis of the nonspecifics argument. *Clinical Psychology. Science and Practice*, 12(2), 174–183. doi:10.1093/clipsy/bpi022.
- Desjardins, D. (2016). Et si la différence tenait à ce qui est semblable ? Facteurs communs et autres histoires de thérapie. MOOC de l'Ordre des Psychologues.

- Desjardins, P. (2007). Les données probantes en psychothérapie : Pour qui ? *Pourquoi ? Psychologie Québec*, 24(1), 13–16. En ligne <https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=2ahUKEwi257Whz9fiAhXqA2MBHVESCsUQFjAAegQIABAC&url=https%3A%2F%2Fwww.ordrepsy.qc.ca%2Fdocuments%2F26707%2F63191%2FLes%2Bdonn%25C3%25A9es%2Bprobantes%2F0c37d2d1-e36d-45a0-aae6-28811b0f82a4&usg=AOvVaw0BuhgvCyemTlwA-eito0Si>.
- Despland, J.-N., De Roten, Y., Martinez, E., Plancherel, A.-C., & Solai, S. (2000). L'alliance thérapeutique : Un concept empirique. *Revue Médicale Suisse*, 4(20758). En ligne <https://www.revmed.ch/RMS/2000/RMS-2315/20758>.
- Despland, J.-N., De Roten Y., Despars J., Stigler, M. & Perry, J.C. (2001). Contribution of patient defense mechanisms and therapist interventions to the development of early therapeutic alliance in a Brief Psychodynamic Investigation, *The Journal of Psychotherapy and Practice Research*, 10(3), 155-164. PMID: 11402078.
- Drouin, M.-S. (2014). L'alliance, ses ruptures et leurs réparations dans le processus thérapeutique. *Québécoise de Gestalt*, 14, 19–46. ISSN: 1206 5978.
- Duncan, B. L. (2010). *On Becoming a Better Therapist*. American Psychological Association. ISBN: 978-1-4338-0757-2.
- Duncan, B. L., & Moynihan, D. W. (1994). Applying outcome research: Intentional utilization of the client's frame of reference. *Psychotherapy*, 31(2), 294–301. doi: 10.1037/h0090215.
- Duncan, B., Miller, S. D., & Sparks, J. S. (2004). *The heroic client. A revolutionary way to improve effectiveness through client-directed, outcome-informed therapy*. San Francisco, CA: Jossey-Bass Publishers. ISBN: 978-0-787-97240-0.



- Duncan, B. L., Miller, S. D., Wampold, B. E., & Hubbel, A. (2010). *The Heart and Soul of Change, Second Edition: Delivering What Works in Therapy* (2nd ed.). Washington, DC, US: American Psychological Association. doi: 10.1037/12075-000.
- Duncan, B. L., Sparks, J. A., Claud, D. A., Reynolds, L. R., Brown, J., & Johnson, L. D. (2013). The Session Rating Scale: Preliminary Psychometric Properties of a “Working” Alliance Measure. *Journal of Brief Therapy*, 3(1), 3–12.
- Ellis, M. V. (2001). Harmful supervision, a cause for alarm: Comment on Gray et al. (2001) and Nelson and Friedlander (2001). *Journal of Counseling*, 48, 401–406. doi: 10.1037/0022-0167.48.4.401.
- Ellis, M. V. (2010). Bridging the science and practice of clinical supervision: Some discoveries, some misconceptions. *The Clinical Supervisor*, 29(1), 95–116. doi: 10.1080/07325221003741910.
- Ellis, M. V., Berger, L., Hanus, A. E., Ayala, E. E., Swords, B. A., & Siembor, M. (2014). Inadequate and harmful clinical supervision: Testing a revised framework and assessing occurrence. *The Counseling Psychologist*, 42(4), 434–472. doi: 10.1177/0011000013508656.
- Elvins, R., & Green, J. (2008). The conceptualization and measurement of therapeutic alliance: An empirical review. *Clinical Psychology Review*, 28(7), 1167–1187. doi: 10.1016/j.cpr.2008.04.002.
- Enyedy, K. C., Arcinue, F., Puri, N. N., Carter, J. W., Goodyear, R. K., & Getzelman, M. A. (2003). Hindering phenomena in group supervision: Implications for practice. *Professional Psychology: Research and Practice*, 34(3), 312–317. doi: 10.1037/0735-7028.34.3.312.

- Eshel, Y., & Koriat, A. (2001). The informal curriculum: The latent aspect of psychological training, *School Psychology International*, 22(4), 387-400. doi: 10.1177/0143034301224001.
- Eubanks-Carter, C., Muran, J. C., & Safran, J. D. (2010). *Alliance ruptures and resolution*, In J. C. Muran & J. P. Barber, Éd., *The Therapeutic Alliance: An Evidence-Based Guide to Practice*). New York, NY: Guilford Press.
- Eubanks-Carter, C., Muran, J. C., & Safran, J. D. (2011). Repairing Alliance Ruptures. *Psychotherapy*, 48(1), 80–87. doi: 10.1037/a0022140.
- Eubanks, C. F., Muran, J. C., & Safran, J. D. (2015). *Rupture Resolution Rating System (3RS): Manual. Unpublished manuscript, Mount Sinai-Beth Israel Medical. Center, New York. En ligne <http://www.safranlab.net>.*
- Eysenck, H. J. (1952). The effects of psychotherapy: An evaluation. *Journal of Consulting Psychology*, 16(5), 319–324. doi: 10.1037/h00633.
- Falender, C.A., Erickson Cornish, J.A., Goodyear, R., Hatcher, R., Kaslow, N.J., Leventhal, G., Shafranske, E., Sigmon, S.T., Stoltenberg, C., & Grus, C. (2004). Defining Competencies in Psychology Supervision: A Consensus Statement. *Journal of Clinical Psychology*, 60(7), 771–785. doi: 10.1002/jclp.20013.
- Falender, C. A., & Shafranske, E. P. (2004). *Clinical supervision: A competency-based approach*. Washington, DC : American Psychological Association. doi: 10.1037/10806-000.
- Fallery, B., & Rodhain, F. (2007). Quatre approches pour l'analyse de données textuelles : lexicale, linguistique, cognitive, thématique. XVIème Conférence de l'Association Internationale de. In *Management Stratégique AIMS* (p. 1–16). Archives-ouvertes HAL. hal-00821448.

- Flückiger, C., Del Re, A. C., Wampold, B. E., & Horvath, A. O. (2018). The alliance in adult psychotherapy: A meta-analytic synthesis. *Psychotherapy, 55*(4), 316–340. doi: 10.1037/pst0000172.
- Fonagy, P., Gergely, G. J., E., & Target, M. (2005). *Affect Regulation, Mentalization, and the Development of the Self*. OtherPress. ISBN: 1590511611.
- Fonagy, P., & Bateman, A. (Éd.). (2011). In *Handbook of Mentalizing in Mental Health Practice*. American Psychiatric Publishing. ISBN 978-1-61537-140-2.
- Foucault, M. (1966). *Les mots et les choses*. Paris. Gallimard. Coll. Bibliothèque des sciences humaines.
- Frank, J. D. (1973). *Persuasion and healing: A comparative study of psychotherapy* (2nd ed). Baltimore: Johns Hopkins University Press.
- Frank, J. D. (1976). *Psychotherapy and the sense of mastery* (R. L. Spitzer & D. F. Klein, Éd.). Baltimore: John Hopkins Education.
- Frank, J. D., & Frank, J. B. (1991). *Persuasion and healing: A comparative study of psychotherapy* (3<sup>e</sup> éd). Baltimore: John Hopkins University Press.
- Frantz, T. G. (1992). Learning from anxiety: A transtheoretical dimension of supervision and its administration. *The Clinical Supervisor, 10*(2), 29–55. doi: 10.1300/J001v10n02\_03.
- Freud, S., & Breuer, J. (1895). *Les Études sur l’hystérie*. Bibliothèque de Psychanalyse (PUF).
- Freud, S. (1912). *The dynamics of the transference*, The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud, Volume XII (1911-1913): The Case of Schreber, Papers on Technique and Other Works, 97-108.
- Friedlander, M. L. (2012). Therapist responsiveness: Mirrored in supervisor responsiveness. *The Clinical Supervisor, 31*(1), 103–119. doi: 10/1080/07325223.2012.675199.

- Friedman, S., & Gelso, C. (2000). The Development of the Inventory of. *Countertransference Behavior. Journal of Clinical Psychology*, 56(9), 1221–1235. doi: 10.1002/1097-4679(200009)56 :9<1221.
- Fromm, E. (1964). *The heart of man: Its genius for good and evil*. New York : Harper and Row.
- Galvani, P. (2004). L'exploration des moments intenses et du sens personnel des pratiques professionnelles. *Interactions*, 8(2). En ligne [https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwiIhceYkqziAhUM3OAKHf8BAHYQFjAAegQIABAC&url=https%3A%2F%2Fwww.usherbrooke.ca%2Fpsychologie%2Ffileadmin%2Fsites%2Fpsychologie%2Fespace-etudiant%2FRevue\\_Interactions%2FVolume\\_8\\_no\\_2%2FV8N2\\_GALVANI\\_Pascal\\_p95-122.pdf&usg=AOvVaw07UySrqXxFj6aOk3g6BZ1E](https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwiIhceYkqziAhUM3OAKHf8BAHYQFjAAegQIABAC&url=https%3A%2F%2Fwww.usherbrooke.ca%2Fpsychologie%2Ffileadmin%2Fsites%2Fpsychologie%2Fespace-etudiant%2FRevue_Interactions%2FVolume_8_no_2%2FV8N2_GALVANI_Pascal_p95-122.pdf&usg=AOvVaw07UySrqXxFj6aOk3g6BZ1E).
- Galvani, P. (2008a). Étudier sa pratique : une autoformation existentielle par la recherche. *Présences*, 1, 1–11. En ligne [https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=2&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwjPv9C1kqziAhUK1eAKHYMpA2UQFjABegQIBRAB&url=http%3A%2F%2Fpascalgalvani.com%2FARTICLES\\_CHAPITRES.html&usg=AOvVaw3oOTJIxvAX94KL5Pwie0KL](https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=2&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwjPv9C1kqziAhUK1eAKHYMpA2UQFjABegQIBRAB&url=http%3A%2F%2Fpascalgalvani.com%2FARTICLES_CHAPITRES.html&usg=AOvVaw3oOTJIxvAX94KL5Pwie0KL).
- Galvani, P. (2008b). *Quelle formation pour les formateurs transdisciplinaires ?* Universidade Católica de Brasilia. En ligne [http:// : cirt-transdisciplinarity.org/ARTICLES/Galvani\\_fichiers/Galvani.pdf](http://cirt-transdisciplinarity.org/ARTICLES/Galvani_fichiers/Galvani.pdf).
- Galvani, P. (2010). Conscientiser les moments intenses et décisifs de l'auto-écoformation la recherche-action-formation un art du kâiros ? In *Actes du colloque Repaira*. En ligne <https://www.repaira.fr/wp-content/.../ActesColloqueRepaira0516PascalGalvaniSupport.pdf>.

- Galvani, P. (2016). *Conscientiser l'intelligence de l'agir : explorer les moments intenses de l'autoformation pratique* (Galvani & al, Éd.). En ligne <https://www.repaira.fr/wp-content/.../ActesColloqueRepaira0516PascalGalvaniSupport.pdf>.
- Gaston, L., & Marmar, C. R. (1994). The California Psychotherapy Alliance Scales. In O. A. Horvath & L. Greenberg (Éd.), *The working alliance: Theory, research and practice*. Toronto: John Wiley & Sons.
- Gaston, L., Thompson, L., Gallagher, D., Cournoyer, L.G., C., & Gagnon, R, G. (1998). Alliance, technique and their interactions in predicting outcome of behavioral, cognitive, and brief dynamic therapy. *Psychotherapy Research*, 8(2), 190–209. doi: 10.1080/10503309812331332307.
- Gelso, C. J., & Carter, J. (1985). The relationship in counseling and psychotherapy: Components, consequences and theoretical antecedents. *The Counseling Psychologist*, 13(2), 155–243. doi: 10.1177/0011000085132001.
- Gelso, C. J., & Carter, J. A. (1994). Components of the psychotherapy relationship: Their interaction and unfolding during treatment. *Journal of Counseling Psychology*, 41(3), 296–306. doi: 10.1037/0022-0167.41.3.296.
- Gelso, C. J., & Hayes, J. A. (1998). *The Psychotherapy Relationship*. Theory, research, and practice. Hoboken, NJ, US: John Wiley & Sons Inc.
- Gelso, C. J., & Hayes, J. A. (2007). *Countertransference and the therapist's inner experience. Perils and possibilities*. Mahwah, NJ, US: Lawrence Erlbaum Associates Publishers.
- Gendlin, E. (1981). *Focusing*. New York: Bantam Books. ISBN: 9780553278330.
- Goffman, E. (1967). *Interaction ritual: Essays in face\_to\_face behavior*. Chicago: Aldine Publishing Company. doi: 10.2307/2574751.

- Goldfried, M. R. (2012). The corrective experience: A core principle for therapeutic change, In L. G. Castonguay & C. E. Hill, (Éds.), *Transformation in psychotherapy: Corrective experiences across cognitive behavioral, humanistic, and psychodynamic approaches*, 13-29, Washington, DC, US: American Psychological Association. doi: 10.1037/13747-002.
- Goldfried, M. R., Newman, M. G., Castonguay, L. G., Furtés, J. N., Magnavita, J. J., Sobell, L. C., & Wolf, A. W. (2014). On the dissemination of clinical experiences in using empirically supported treatments. *Behavior Therapy*, 45(1), 3–6. ISSN: 0005-7894.
- Gratz, K. L., & Roemer, L. (2004). Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: Development, factor structure, and initial validation of the Difficulties in Emotion Regulation Scale. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 26(1), 41–54. doi: 10.1007/s10862-008-9102-4.
- Gray, L. A., Ladany, N., Walker, J. A., & Ancis, J. R. (2001). Psychotherapy trainees' experience of counterproductive events in supervision. *Journal of Counseling Psychology*, 48(4), 371–383. doi: 10.1037/0022-0167.48.4.371.
- Greenberg, J., & Mitchell, S. (1983). *Object relations in psychoanalytic theory*. Cambridge, MA: Harvard University Press. ISBN 9780674629752.
- Greenberg, J. (1995). Psychoanalytic technique and the interactive matrix. *The Psychoanalytic Quarterly*, 64(1), 1–22.
- Guillon, V. (2013). L'alliance de travail en psychothérapie, counseling et counseling de carrier. In I. Olry-Louis, V. Guillon & E. Loarer (Eds.), *Psychologie du conseil et orientation*, Bruxelles, De Boeck, 129-158.
- Guy, P., & Liaboe, G. (1985). Suicide among psychotherapists: Review and discussion. *Professionnel Psychology: Research and Practice*, 16(4), 476–472.

- Haarhoff, B. A. (2006). The importance of identifying and understanding therapist schema in cognitive therapy training and supervision. *New Zealand Journal of Psychology*, 35(3), 126–131.
- Hatcher, R. L., & Barends, A. W. (1996). Patient' view of the alliance in psychotherapy: Exploratory factor analysis of the three alliance measures. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64(6), 1326–1336. doi: 10.1037/0022-006X.64.6.1326.
- Hatcher, R. L., & Barends, A. W. (2006). How a return to theory could help alliance research? *Psychotherapy*, 43(3), 292–299.
- Hayes, J. A., Gelso, C. J., & Hummel, A. M. (2011). Managing countertransference, In J. C. Norcross, (Éd.), *Psychotherapy relationships that work: Evidence-based responsiveness*, New York, NY, US: Oxford University Press, 239-258. doi: 10.1093/acprof:oso/9780199737208.003.0012.
- Henry, W. P, Schacht, T. E., & Strupp, H. H. (1990). Patient and therapist introject, interpersonal process, and differential psychotherapy outcome. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 58, 768-744. doi: 10.1037/002260006X.58.6.768.
- Henry, W. P., Strupp, H. H., Butler, S. F., Schacht, T. E., & Binder, J. (1993). Effects of training in time limited psychotherapy: Changes in therapist behavior. *Journal of Clinical and Consulting Psychology*, 61(3), 434–440. doi: 10.1037/0022-006X.61.3.434.
- Henry, W. P, & Strupp, H. H. (1994). The therapeutic alliance as interpersonal process. In A. O. Horvath & L. S. Greenberg (Eds.), *The working alliance, theory, research, and practice*. New York Wiley, 51-84.

- Hersoug, A. G., Hoglend, P., Monsen, J. T., & Havik, O. E. (2001). Quality of working alliance in psychotherapy: therapist variables and patient/therapist similarity as predictors. *Journal of Psychotherapy Research*, *10*(4), 205–216. PMID: PMC3330657.
- Hill, C. E., & Knox, S. (2009). Processing the therapeutic relationship. *Psychotherapy Research*, *19*(1), 13–29. doi: 10.1080/10503300802621206.
- Hillerbrand, E. (1989). Cognitive differences between experts and novices: Implication for group supervision. *Journal of Counseling and Development*, *67*(5), 293–296. doi: 10.1002/j.1556-6676.1989.tb02605.x.
- Hilsenroth, M. J., Peters, E. J., & Ackerman, S. J. (2004). The development of therapeutic alliance during psychological assessment: Patient and therapist perspectives across treatment. *Journal of Personality Assessment*, *83*(3), 332–344. doi: 10.120/s15327752jpa8303\_14.
- Holloway, E., & Johnston, R. (1985). Group supervision: Widely Practised but Poorly Understood. *Counselor Education and Supervision*, *24*(4), 332–340. doi: 10.1002/j.1556-6978.1985.tb00494 ?x.
- Holloway, E., & Carroll, M. (1999). *Training counselling supervisors: Strategies, methods and techniques*. London: Sage. doi: 10.4135/9781446218044.
- Horvath A.O. (2005). The therapeutic relationship: Research and theory. An introduction to the Special Issue. *Psychotherapy Research*, *15*(1-2), 3-7. doi: 10.1080/10503300512331339143.
- Horvath, A. O., & Greenberg, L. S. (1986). The development of the Working Alliance Inventory. In L. S. Greenberg & W. M. Pinsof (Eds.), *Guilford clinical psychology and psychotherapy series. The psychotherapeutic process: A research handbook*, New York, NY, US: Guilford Press, 529-556.



- Horvath A. O., & Greenberg L. S. (1989). Development and validation of the working alliance inventory. *Journal of Counseling Psychology, 36*, 223–233. doi: 10.1037/0022-0167.36.2.223.
- Horvath, A. O., & Symonds, B. D. (1991). Relation between working alliance and outcome in psychotherapy: A meta-analysis. *Journal of Counseling Psychology, 38*(2), 139–149. doi: 10.1037/0022-0167.38.2.139.
- Horvath, A. O., & Luborsky, L. (1993). The role of the therapeutic alliance in psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 61*(4), 561–573. doi: 10.1037/0022-006x.61.4.561.
- Horvath, A. O. & Greenberg L. S. (1994). *The working alliance: Theory, research and practice*. New York: Wiley.
- Horvath, A. O., & Bedi, R. P. (2002). The alliance. In J. C. Norcross (Ed.), *Psychotherapy relationships that work: Therapist contributions and responsiveness to patients*, 37–69. New York, NY, US: Oxford University Press.
- Horvath, A. O., Del Re, A. C., Flückiger, C., & Symonds, D. (2011). Alliance in individual psychotherapy. *Psychotherapy, 48*(1), 9–16. doi: 10.1037/a0022186.
- Hughes, P. & Kerr, I. (2000). Transference and countertransference in communication between doctor and patient. *Advances in Psychiatric Treatment, 6*(1), 57–64. doi: 10.1192/apt.6.1.57.
- Huppert, J. D., Bifka, L. F., Barlow, D. H., Gorman, J. M., Shear, M. K., & Woods, S. W. (2001). Therapists, therapist variables, and cognitive-behavioral therapy outcome in a multicenter trial for panic disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 69*(2), 747–55. PMID: 11680551.

- Jennings, L., & Skovholt, T. M. (1999). The cognitive, emotional, and relational characteristics of master therapists. *Journal of Counseling Psychology*, 46(1), 3–11. doi: 10.1037/0022-0167.46.1.3
- Junker, B. H. (1960). *Field Work: An Introduction to the Social Sciences*. Chicago: University of Chicago Press.
- Kaës, R. (1994). *La parole et le lien*. Dunod.
- Kavanagh D.J, Spence, S.H., Strong, J., Wilson, J., Sturk, H. & Crow, N. (2003). Supervision practices in allied mental health: Relationships of supervision characteristics to perceived impact and job satisfaction. *Mental Health Services Research*, 5(4), 187-195. PMID: 14672498.
- Kim, D. M., Wampold, B. E., & Bolt, D. M. (2007). Therapist effects in psychotherapy : A random-effects modeling of the National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program Data, *Psychotherapy Research*, 16(2), 182–187. doi: 10.1080/10503300500264911.
- Kivlighan, D. M., Clements, L., Blake, C., Arnez, A., & Brady, L. (1993). Counselor sex role orientation, flexibility, and working alliance formation. *Journal of Counseling and Development*, 72, 95–100. doi: 10.1002/j.1556-6676.1993.tb022284.x.
- Kohn, R. & Mackiewicz, M.P. (coordonné par), (2001). *Praticien et chercheur Parcours dans le champ social*. Paris : L'Harmattan. En ligne [http://www.persee.fr/doc/refor\\_0988-1824\\_2001\\_num\\_38\\_1\\_1735\\_t1\\_0179\\_0000\\_2](http://www.persee.fr/doc/refor_0988-1824_2001_num_38_1_1735_t1_0179_0000_2).
- Kohut, H. (1971). *The analysis of the self*. New York: International Universities Press. ISBN: 9780226450124.
- Kraus, D. R., Castonguay, L. G., Boswell, J. F., Nordberg, S. S., & Hayes, J. A. (2011). Therapist effectiveness: Implications for accountability and patient care. *Psychotherapy Research*, 21(3), 267–276. doi: 10.1080/10503307.2011.563249.

- Labov, W., & Fanshel, D. (1977). *Therapeutic Discourse. Psychotherapy as conversation*. New York: Academic Press. DOI : 10.1017/S00474045000007910.
- Lacan, J. M. (1973). *Le Séminaire, livre XI, Les quatre concepts fondamentaux de la psychanalyse*. Paris: Seuil. ISBN: 2020027615.
- Ladany, N., Hill, C. E., Corbett, M. M., & Nutt, E. A. (1996). Nature, extent, and importance of what psychotherapy trainees do not disclose to their supervisors. *Journal of Counseling Psychology, 43*(1), 10–24. doi: 10.1037/0022-0167.43.1.10.
- Ladany, N., Walker, J. A., & Melincoff, D. S. (2001). Supervisory style: Its relation to the supervisory working alliance and supervisor selfdisclosure. *Counselor Education and Supervision, 40*(4), 263–275. DOI :10.1002/j.1556-6978.2001.tb01259.x.
- Ladany, N., Friedlander, M. L., & Nelson, M. L. (2005). *Critical events in psychotherapy supervision: An interpersonal approach*. Washington, DC: American Psychological Association. DOI :10.1037/10958-000.
- Ladany, N., & Bradley, L. J. (2010). *Counselor supervision: Principles, process, and practice*. Francis Group. ISBN: 0415801494.
- Ladany, N., & Inman, A. G. (2012). Training and supervision. In E. M. Altmayer & J. C. Hansen (Éd.), *The Oxford Handbook of Counseling Psychology* (p. 179–207). New York: Oxford University Press.
- Ladany, N., Mori, Y., & Mehr, K. E. (2013). Effective and Ineffective Supervision. *The Counseling Psychologist, 41*(1), 28–47. doi: 10.1177/0011000012442648.
- Lambert, M. J. (1992). Psychotherapy outcome research: Implications for integrative and eclectic therapists. In J. C. Norcross & M. R. Goldfried (Éd.), *Handbook of psychotherapy integration*, 94–129. New York: Basic Books. ISBN 0-19-516579-9.

- Lambert, M. J., & Bergin, A. E. (1994). Therapist characteristics and their contribution to psychotherapy outcome. In M. J. Lambert (Éd.), *Bergin and Garfield's Handbook of psychotherapy and behavior change* (4<sup>e</sup> éd.). New York: John Wiley & Sons, Inc.
- Lambert, M. J., & Ogles, B. (1997). *The effectiveness of psychotherapy supervision*. In C. E. Watkins, (Éd.). *Handbook of psychotherapy supervision*, Hoboken, NJ, US: John Wiley and Sons, 421-446.
- Lambert, M. J., & Barley, D. E. (2001). Research summary on the therapeutic relationship and psychotherapy outcome. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 38(4), 357–361. doi: 10.1037/0033-3204.38.4.357.
- Lambert, M. J., & Ogles, B. M. (2004). The efficacy and effectiveness of psychotherapy. In M. J. Lambert (Éd.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (5<sup>e</sup> éd.). New York: Wiley, 139-193.
- Lambert, M. J., & Norcross, J. C. (2011). Psychotherapy relationships that work II. *Psychotherapy*, 48(1), 4–8. doi: 10/1037/a0022180.
- Lambert, M. J. (2013). The efficacy and effectiveness of psychotherapy. In M. J. Lambert (Éd.), *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behaviour Change* (6<sup>e</sup> éd., p. 169–218). Hoboken, NJ : Wiley. ISBN: 978-1-118-03820-8.
- Lamboy, B., Blanchet, A., & Lecomte, C. (2004). L'opérationnalisation du concept de conscience réflexive du thérapeute. *Revue européenne de psychologie appliquée*, 54(3), 189-205. DOI : 10.1016/j.erap.2004.04.001.
- Landman, J. T., & Dawes, R. M. (1982). Psychotherapy outcome: Smith and Glass' conclusions stand up under scrutiny. *American Psychologist*, 37(5), 504–516. DOI :10.1037/0003-066X.37.5.504.
- Laplanche, J., & Pontalis, J. B. (1967). *Vocabulaire de la psychanalyse*. *Quadrige. Dicos Poche. Presses Universitaires de France*. ISBN : 2130560504.

- Laska, K. M., Smith, T. L., Wislocki, A. P., Minami, T., & Wampold, B. E. (2013). Uniformity of evidence-based treatments in practice? Therapist effects in the delivery of cognitive processing therapy for PTSD. *Journal of Counseling Psychology, 60*(1), 31–41. doi: 10.1037/a0031294.
- Latts, M. G., & Gelso, C. J. (1995). Countertransference behavior and management with survivors of sexual assault. *Psychotherapy, 32*(3), 405–415. doi: 10.1037/0033-3204.32.3.405.
- Leahy, R. L. (2001). *Overcoming Resistance in Cognitive Therapy*. Guilford Press.
- Lecomte, C. (1999). Face à l'incertitude et la complexité humaine : l'impossibilité de se défaire de soi. *Revue Québécoise de Psychologie, 20*(2), 37–63.
- Lecomte, C. (2010). Comment améliorer son efficacité thérapeutique ? *Psychologie Québec, 1*(1), 7–9.
- Lecomte, C. (2012). La supervision clinique favorise le développement de la compétence et de l'efficacité thérapeutique. *Psychologie Québec, 29*(3), 28–32.
- Lecomte, C., & Richard, A. (1999). La psychothérapie humaniste-existentielle d'hier à demain : épilogue. *Revue Québécoise de Psychologie, 20*(2), 189–192.
- Lecomte, C., & Richard, A. (2006). Pour une psychothérapie pleinement relationnelle. In S. Ginger, E. Marc, & A. Tarpinian, (Eds.), *Être psychothérapeute : Questions, pratiques, enjeux*. Paris, Dunod, 145-156.
- Lecomte, C., & Savard, R. (2004). La supervision clinique : un processus de réflexion essentiel au développement de la compétence professionnelle. In T. Lecomte & C. Leclerc (dir.), *Manuel de réadaptation psychiatrique*, Ste-Foy : Les Presses de l'Université du Québec, 315-351.

- Lecomte, C., Savard, R., Drouin, M.-S. & Peillon, V. (2004). Qui sont les psychothérapeutes efficaces ? Implications pour la formation en psychologie. *Revue québécoise de psychologie*, 25(3), 73-102.
- Levitt, H. M., Butler, M., & Hill, T. (2006). What Clients Find Helpful in Psychotherapy. Developing Principles for Facilitating Moment-to-Moment Change. *Journal of Counseling Psychology*, 53(3), 314-324. doi:10.1037/0022-0167.53.3.314.
- Liddle, B. J. (1986). Resistance in supervision: A response to perceived threat. *Counselor Education and Supervision*, 26(2), 117-127. doi: 10.1002/j.1556-6978.1986.tb00706.x.
- Luborsky, L. (1994). Therapeutic alliances as predictors of psychotherapy outcomes: Factors explaining the predictive success. In A. O. Horvath & L. S. Greenberg (Éd.), *The working alliance: Theory, research, and practice*, Oxford, England: John Wiley & Sons, 38-50.
- Luborsky, L., Singer, B., & Luborsky, E. (1975). Comparative studies of psychotherapies: Is it true that "Everyone has won and all must have prizes?" *Archives of General Psychiatry*, 32(8), 995-1008.
- Luborsky, L., & Crits-Christoph, P. (1990). *Understanding transference. The core conflictual relationship theme method*. Washington, DC: American Psychological Association. ISBN: 978-1-55798-453-1.
- Luborsky, L., Mc Lellan, A. T., Diguier, L., Woody, G., & Seligman, D. A. (1997). The Psychotherapist Matters: Comparison of Outcomes Across Twenty-Two Therapists and Seven Patient Samples. *Clinical Psychology. Science and Practice*, 4(1), 53-65. DOI:10.1111/j.1468.1997.tb00099.x.

- Luborsky, L., Rosenthal, R., Diguier, L., Andrusyna, T. P., Berman, J. S., Levitt, J. T., Seligman, D. A., & Krause, E. D. (2002). The Dodo bird verdict is alive and well - mostly. *Clinical Psychology, Science and Practice*, 9(1), 2–12. doi: 10.1093/clipsy/9.1.2.
- Machado, D.d.B., Teche, S.P., Lapolli, C., Tavares, B.F., Pio de Almeida, L.S., Da Silva, G.B., Viera Da Silva Magalhaes, P. & Eizirik, C.L. (2015). Countertransference and therapeutic alliance in the early stage of adult psychodynamic psychotherapy. *Trends in Psychiatry and Psychotherapy*, 37(3), 133-142. doi: 10.1590/2237-6089-2014-0061.
- Mallinckrodt, B., & Nelson, M. L. (1991). Counselor training level and the formation of the psychotherapeutic working alliance. *Journal of Counseling Psychology*, 38(2), 133–138. doi: 10.1037/0022-0167.38.2.133.
- Marc, E. (2009). Entre supervision et thérapie : le contre-transfert. *Revue de Gestalt*, 35(1), 157–168.
- Marmar, C. R., Weiss, D. S., & Gaston, L. (1989). Toward the validation of the California Therapeutic Alliance Rating System. *Psychological Assessment: A Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1(1), 46–52. doi: 10.1037/1040-3590.1.1.46.
- Martin, D. J., Garske, J. P., & Davis, M. K. (2000). Relation of the therapeutic alliance with outcome and other variables: A meta-analytic review. *Journal of Clinical Psychology*, 68(3), 438–450. PMID: 10883561.
- Meador, B. D., & Rogers, C. R. (1979). *Person-centered therapy*. Itasca, IL: Peacock Publishers.
- Mehr, K. E., Ladany, N., & Caskie, G. I. (2010). Trainee nondisclosure in supervision: What are they not telling you? *Counselling & Psychotherapy Research*, 10(2), 103–113. doi: 10.1080/14733141003712301.

- Mehr, K. E., Ladany, N., & Caskie, G. I. (2015). Factors Influencing Trainee Willingness to Disclose in Supervision. *Training and Education in Professional Psychology, 9*(1), 44–51. doi: 10.1037/tep0000028.
- Messer, S. B., & Wolitzky, D. L. (2010). A psychodynamic perspective on the therapeutic alliance: Theory, research and practice. In J. C., Muran & J. P., Barber (Eds.), *The Therapeutic Alliance. An Evidence-Based Guide to Practice*. The Guilford Press. New York, London, 97-122. ISBN : 1606238736.
- Michelli-Rechtman, V. (2007). L'efficacité de la psychanalyse : Une question épistémologique. *Figures de la psychanalyse, 15*(1), 167-177.
- Milne, D. (2009). *Evidence-based clinical supervision. Principles and Practice*. BPS Blackwell. DOI :10.1002/9781444308662.
- Mitchell, S. A. (1988). *Relational Concepts in Psychoanalysis: An Integration*. Harvard University Press.
- Mitchell, S. A. (1993). *Hope and dread in psychoanalysis*. New York: Basic Books.
- Mitchell, S. A. (2000). *Relationality. From attachment to intersubjectivity*. Hillsdale, NJ : The Analytic Press. doi: 10.1037/0736-9735.18.3.582.
- Mourre, M. L. (2013). *La modélisation par équations structurelles basée sur la méthode PLS*. En ligne <https://www.google.com/url>.
- Munder, T., Wilmers, F., Leonhart, R., Linster, H. W., & Barth, J. (2009). Working alliance inventory-short revised (WAI-SR): Psychometric properties in outpatients and inpatients. *Clinical Psychology and Psychotherapy, 17*(3), 231–239. doi: 10.1002/cpp.658.
- Muran, J. C., & Barber, J. P. (2010). *The Therapeutic Alliance. An Evidence-Based Guide to Practice*. The Guilford Press. New York, London. doi: 10.1080/10503307.2015.1031200.



- Muran, J. C., Safran, J. D., & Eubanks-Carter, C. (2010). Developing therapist abilities to negotiate alliance rupture. In J. C. Muran & J. P. Barber (Éd.), *The therapeutic Alliance: An evidence-based guide to practice*, The Guilford Press. New York, London, 320-340.
- Nelson, M. L., & Friedlander, M. L. (2001). A close look at conflictual supervisory relationships: The trainee's perspective. *Journal of Counseling Psychology*, 48(4), 384–395. doi: 10.1037/0022-0167.48.4.384.
- Newman, J., & Lovell, M. (1993). A description of a supervisory group for group counselors. *Counselor Education and Supervision*, 33(1), 22–31. doi: 10.1002/J.1556-6978.1993.tb00265.x.
- Nissen-Lie, H. A., Monsen, J. T., & Rønnestad, M. H. (2010). Therapist predictors of early patient-rated working alliance: A multilevel approach. *Psychotherapy Research*, 20(6), 627–646. doi: 10.1080/10503307.2010.497633.
- Nissen-Lie, H. A., Monsen, J. T., Ulleberg, P., & Rønnestad, M. H. (2013). Psychotherapists' self-reports of their interpersonal functioning and difficulties in practice as predictors of patient outcome. *Psychotherapy Research*, 2(1), 86–104. doi: 10.1080/10503307.2012.735775.
- Nissen-Lie, H. A., & Rønnestad, M. H. (2016). The Empirical Evidence for Psychotherapist Humility as a Foundation for Psychotherapist Expertise. *Psychotherapy*, 51(2), 6–9.
- Norcross, J. C. (1990). An eclectic definition of psychotherapy. In J. K. Zeig & W. M. Munion (Éd.), *What is psychotherapy? Contemporary perspectives*. San Francisco, CA: Jossey-Bass, 218-220. doi: 10.1080/00029157.1992.10402857.
- Norcross, J. C. (Éd.). (2002). *Psychotherapy relationships that work: Therapist contributions and responsiveness to patient*. Oxford: UK: Oxford University Press. doi: 10.1037/a0022180?.

- Norcross, J. C. (2010). *The therapeutic relationship*. In B. L. Duncan, S. D. Miller, B. E. Wampold & M. A. Hubble (Eds.), *The heart and soul of change: Delivering what works in psychotherapy* (2nd ed.), Washington, DC: American Psychological Association, 113-141. ISBN: 978-1-4338-0709-1.
- Norcross, J. C. (2011). *Psychotherapy relationships that work: Evidence-based responsiveness* (2nd ed). New York, NY: Oxford. ISBN-10: 0199737207.
- Norcross, J. C., & Lambert, M. J. (2005). What should be validated? The therapy relationship. In J. C. Norcross & L. F. B. and R.F. Levant (Éd.), *Evidence-based practices in mental health: Debate and dialogue on the fundamental questions*, Washington, DC: American Psychological Association, 208-218.
- Norcross, J. C., & Lambert, M. J. (2011). Psychotherapy relationships that work II. *Psychotherapy*, 48(1), 4–8. doi: 10.1037/a0022180.
- Norcross, J. C., & Wampold, B. E. (2011). Evidence-based therapy relationships: Research conclusions and clinical practices. *Psychotherapy*, 48(1), 98–102. doi: 10.1037/a0022161.
- Normandin, L., & Bouchard, M. (1993). The effects of theoretical orientation and experience on rational, reactive, and reflective countertransference. *Psychotherapy Research*, 3(2), 77–94. doi: 10.1080/10503309312331333689.
- Ogrodniczuk, J. S., Joyce, A. S., & Piper, W. E. (2007). Effect of patient dissatisfaction with the therapist on group therapy outcome. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 14(2), 126–134. doi:10.1002/cpp.526.
- Okiishi, J., Lambert, M. J., Nielsen, S. L., & Ogles, B. M. (2003). Waiting for supershrink : An empirical analysis of therapist effects. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 10(6), 361–373. doi: 10.1002/cpp.383.

- Orange, D. (1995). *Emotional Understanding. Studies in Psychoanalytic Epistemology*. Guilford Press.
- Orlinsky, D. E., Grawe, K., & Parks, B. K. (1994). Process and outcome in psychotherapy—  
Noch einmal. In A. Bergin & J. S. Garfield (Éd.), *Handbook of psychotherapy and behaviour change* (4<sup>e</sup> éd., p. 270–378). New York: Wiley. ISBN: 978-1-118-03820-8.
- Orlinsky, D. E., Rønnestad, M. H., & Willutzki, U. (2003). Fifty years of process-outcome research: Continuity and change. In M. J. Lambert (Éd.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (5<sup>e</sup> éd), New York: Wiley, 307-390. ISBN: 978-1-118-03820-8.
- Orlinsky, D. E., & Rønnestad, M. H. (Eds.) (2005). (2005). *How Psychotherapists Develop: A Study of Therapeutic Work and Professional Growth*. Washington, DC: American Psychological Association. ISBN: 1-59147-273-3.
- Orlinsky, D. E., Schofield, M. J., Schroder, T., & Karantzis, N. (2011). Utilization of personal therapy by psychotherapists: A practice-friendly review and a new study. *Journal of Clinical Psychology*, 67(8), 828–842. DOI : 10.1002/jclp.20821.
- Ouellet, D., & Drouin, M. S. (2012). Analyse de l'expérience contretransférentielle et production d'une grille d'analyse du contre-transfert. *Revue québécoise de Gestalt*, 13, 107–130.
- Patton, M. J., & Kivlighan, D. M. (1997). Relevance of the supervisory alliance to the counselling alliance and to treatment adherence in counselor training'. *Journal of Counseling Psychology*, 44(1), 108–115. Doi: 10.1037/0022-0167.44.1.108.
- Paul, G. (1967). Strategy in outcome research in psychotherapy. *Journal of Consulting Psychology*, 31(2), 109–118. PMID: 5342732.
- Pinel, J.-P. (2007). *La supervision d'équipes institutionnelles*. Paris : Dunod.

- Plantade-Gipch, A. (2017). Former les futurs psychothérapeutes à la relation : La réflexion-en-action dans l'alliance thérapeutique. *Pratiques Psychologiques*, 23(3), 217–231. doi: 10.1016/j.prps.2017.05.001.
- Poirier, M. (2006). Enjeux cliniques et éthiques de la supervision externe des équipes en santé mentale. *Santé mentale au Québec*, 31(1), 107–124. doi: 10.7202/013688ar.
- Prieto, L. (1996). Group supervision: Still widely practiced but poorly understood. *Counselor Education and Supervision*, 35(4), 295–307. doi: 10.1002/j.1556-6978.1996.tb01930.x.
- Provencher, M. D., & Guay, S. (2007). Les données probantes sur l'efficacité des traitements psychothérapeutiques : Peut-on vraiment s'y fier ? *Psychologie Québec*, 24(1), 2–24.
- Ratinaud, P. (2009). *IRaMuTeQ : Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires*. En ligne <http://www.iramuteq.org>.
- Reese, R. J., Usher, E. L., Bowman, D. C., Norsworthy, L. A., Halstead, J. L., Rowlands, S. R., & Chisholm, R. R. (2009). Using client feedback in psychotherapy training: An analysis of its influence on supervision and counselor self-efficacy. *Training and Education in Professional Psychology*, 3(3), 157–168. Doi: 10.1037/a0015673.
- Reinert, M. (1983). Une méthode de classification descendante hiérarchique: Application à l'analyse lexicale par contexte. *Les Cahiers de l'analyse de données*, 8(2), 187–198. ISSN : 0339-3097.
- Renaud, A. (2015). *La supervision clinique de psychothérapies*. Centre de Santé et de Services Sociaux de Gatineau. MOOC reconnu par l'Ordre des Psychologues du Québec pour la formation continue.
- Rogers, C. (1957). The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. *Journal of Consulting Psychology*, 21(2), 95–103. doi: 10.1037/h0045357.

- Rosenthal, L. (1999). Group supervision of groups: A modern analytic perspective. *International Journal of Group Psychotherapy*, 49(2), 197–213. doi: 10.1080/00207284.1999.11491581.
- Rosenzweig, S. (1936). Some implicit common factors in diverse methods of psychotherapy. *American Journal of Orthopsychiatry*, 6(3), 412-415. doi: 10.1111/j.1939-0025.1936.tb05248.x.
- Rouse, A., & Corbitt, B. (2008). There's SEM and 'SEM' - a critique of PLS regression in information systems research', In A. Mills and S. Huff (Éds.) *Proceedings of the 19th Australasian Conference on Information Systems*, Christchurch, New Zealand, 845-855. ISBN : 978-0-473-14528-6. En ligne <http://aisel.aisnet.org/acis2008/81>.
- Safran, J. D. (1993a). Breaches in the therapeutic alliance: An arena for negotiating authentic relatedness. *Psychotherapy*, 30(1), 11-24. doi: 10.1080/00107530.2003.10747215.
- Safran, J. D. (1993b). The therapeutic alliance rupture as a transtheoretical phenomenon: Definitional and conceptual issues. *Journal of Psychotherapy Integration*, 3(1), 33–49. doi: 10.1037/h0101190.
- Safran, J.D. Crocker, P., McMain, S., & Murray, P. (1990). Therapeutic Alliance Rupture as a Therapy Event for Empirical Investigation. *Psychotherapy*, 27(2), 154-162. doi: 10.1037/0033-3204.27.2.154.
- Safran, J.D., & Muran, J.C. (1995). Resolving therapeutic alliance ruptures: Diversity and integration. *In-session: Psychotherapy in Practice*, 1(1), 81-92. doi: 10.1002/(SICI)1097-4679(200002)56:2<233::AID-JCLP9>3.0.CO;2-3.
- Safran, J. D., & Muran, J. C. (1996). The resolution of ruptures in the therapeutic alliance. *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, 64(3), 447–458. doi: 10.1037/0022-006X.64.3.447.

- Safran, J. D., & Muran, J. C. (2000). *Negotiating the therapeutic alliance. A relational treatment guide*. The Guilford Press. New York, London. ISBN: 1572308699.
- Safran, J. D., Muran, J. C., Samstag, L. W., & Stevens, C. (2001). Repairing alliance ruptures. *Psychotherapy*, 38(4), 406–412. doi: 10.1037/0033-3204.38.4.406.
- Safran, J. D., Muran, J. C., Samstag, L., & Winston, A. (2005). Evaluating alliance-focused intervention for personality disorders. *Psychotherapy: Theory, research, practice*, 42(4), 532–545. doi: 10.1037/0033-3204.42.4.532.
- Safran, J. D., & Muran, J. C. (2006). Has the concept of the therapeutic alliance outlived its usefulness? *Psychotherapy*, 43(3), 286–291. doi: 10.1037/0033-3204.43.3.286.
- Safran, J. D., Muran, J. C., Stevens, C., & Rothman, M. (2007). *A relational approach to supervision: addressing ruptures in the alliance*. In Falender, C. A. & Shafranske, E. P. *Casebook for clinical supervision: A competency-based approach*, Washington, DC: American Psychological Association, 137-157.
- Safran, J. D., Muran, J. C., & Eubanks-Carter, C. (2011). *Repairing alliance ruptures*. In J. C. Norcross (Éd.) (2nd ed), 224-238. New York, NY: Oxford University Press, 224-238.
- Safran, J. D. (2013). Psychoanalysis as the “Loyal Opposition” - Commentary on a Paper by. *Kenneth Frank, Psychoanalytic Perspectives*, 10(2), 350–362. doi: 10.1080/1551806X.2013.826980.
- Safran, J., Muran, J. C., Demaria, A., Boutwell, C. E.-C., C., & Winston, A. (2014). Investigating the impact of alliance-focused training on interpersonal process and therapists’ capacity for experiential reflection. *Psychotherapy Research*, 24(3), 269–285. doi: 10.1080/10503307.2013.874054.
- Safran, J. D., & Muran, J. C. (2016). Therapeutic alliance ruptures. *Sage Encyclopedia of Abnormal & Clinical Psychology*.

- Sanchez, G. (2013). *PLS Path Modeling with R*. Trowchez Editions, Berkeley. En ligne <http://www.gastonsanchez.com/PLS Path Modeling with R.pdf>.
- Savickas, M., Marquardt, C., & Supinski, C. (1986). Effective supervision in groups. *Counselor Education and Supervision*, 26(1), 17–25.
- Schön, D. (1994). *Le praticien réflexif, à la recherche du savoir caché dans l'agir professionnel*. Montréal: Ed. Logiques.
- Schore, A. (2003). *Affect Regulation and the Repair of the Self*. New York: W.W. Norton & Company. PMID: PMC2277301.
- Scott, K. J., Ingram, K. M., Vitanza, S. A., & Smith, N. G. (2000). Training in Supervision: A Survey of Current Practices. *The Counseling Psychologist*, 28(3), 403–422. doi: 10.1177/0011000000283007.
- Shapiro, D. A. (1995). Finding out how psychotherapies help people change. *Psychotherapy Research*, 5(1), 1–21. doi: 10.1080/10503309512331331106.
- Skovholt, T. M., & Rønnestad, M. H. (2003). The journey of the counsellor and therapist: Research findings and perspectives on professional development. *Journal of Career Development*, 30(1), 5–44. doi: 10.1023/A:1025173508081.
- Smith, M. L., & Glass, G. V. (1977). Meta-analysis of psychotherapy outcome studies. *American Psychologist*, 32(9), 752–760. doi: 10.1037/0003-066X.32.9.752.
- Smith, M. L., Glass, G. V., & Miller, T. I. (1980). *The Benefits of Psychotherapy*. Baltimore, Maryland: Johns Hopkins University Press.
- Soulé, B. (2007). Observation participante ou participation observante? Usages et justifications de la notion de participation observante en sciences sociales. *Recherches Qualitatives*, 27(1), 127–140.

- Sterba, R. F. (1934). The fate of the ego in analytic therapy. *International Journal of Psychoanalysis*, *15*, 117–126. doi: 10.1177/000306519404200310.
- Stern, D. N. (1989). *The Interpersonal World of the Infant: A view from Psychoanalysis and Development*. New York, Basic Books. ISBN : 0465095895.
- Stern, D. N. (2004). *Le moment présent en psychothérapie*. Odile. Jacob, Paris.
- Stiles, W. B. (1980). Measurement of the impact of psychotherapy sessions. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *48*(2), 176–185. doi: 10.1037/0022-006X.48.2.176.
- Stiles, W.B. (2002). Session Evaluation and the Session Evaluation Questionnaire. In G. S. Tryon (Éd.), *Counseling based on process research: Applying what we know*, Boston, MA: Allyn & Bacon, 325-343.
- Stiles, W. B., Shapiro, D. A., & Elliott, R. (1986). Are all psychotherapies equivalent? *American Psychologist*, *41*(2), 165–180. doi: 10.1037/0003-066X.41.2.165.
- Stiles, W. B., Honos-Webb, L., & Surko, M. (1998). Responsiveness in psychotherapy. *Clinical Psychology: Science and Practice*, *5*(4), 439–458. doi: 10.1111/j.1468-2850.1998.tb00166.x.
- Stolorow, R., & Atwood, G. (1992). *Contexts of being*. Hillsdale, NJ: The Analytic Press.
- Stolorow, R., Brandchaft, B., & Atwood, G. (1994). *Psychoanalytic treatment: An intersubjective approach*. Hillsdale, NJ: Analytic Press.
- Stoltenberg, C. D., McNeill, B., & Delworth, U. (1998). *IDM supervision: An integrated developmental model for supervising counselors and therapists*. San Francisco, CA, US: Jossey-Bass.
- Strupp, H. H. (1993). The Vanderbilt psychotherapy studies: Synopsis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *61*(3), 431–433. doi: 10.1037/0022-006X.61.3.431.



- Suh, C. S., Strupp, H. H., & O'Malley, S. S. (1986). The Vanderbilt process measures: The Psychotherapy Process Scale (VPPS) and the Negative Indicators Scale (VNIS). In L. S. Greenberg & W. M. Pinsof (Eds.), *The psychotherapeutic process: A research handbook*. New York: Guilford Press, 285-323.
- Thurin, J. M. (2004). Recherche qualitative et EBM. *Pour la recherche. Bulletin de la fédération Française de psychiatrie*, 42. En ligne <http://docplayer.fr/90332427-Bulletin-de-la-federation-francaise-de-psychiatrie.html>.
- Thurin, J. M. (2009). Traduction française du Psychotherapy Process Q-set (PQS, E. E. Jones, 2000), *Pour la recherche. Bulletin de la fédération Française de psychiatrie*. 61, 1-12. En ligne [https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=2ahUKEwjKIDAitniAhV7AGMBHZLdCIMQFjAAegQIABAC&url=http%3A%2F%2Fwww.psydoc-france.fr%2FRecherche%2FPLR%2FPLR61%2FPLR61.pdf&usq=AOvVaw3\\_3pp9kUuWvnbHWtNt2qEX](https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=2ahUKEwjKIDAitniAhV7AGMBHZLdCIMQFjAAegQIABAC&url=http%3A%2F%2Fwww.psydoc-france.fr%2FRecherche%2FPLR%2FPLR61%2FPLR61.pdf&usq=AOvVaw3_3pp9kUuWvnbHWtNt2qEX).
- Thurin, J. M., & Thurin, M. (2007). *Évaluer les psychothérapies, méthodes et pratiques*. Paris: Dunod. ISBN: 2100507087.
- Tracey, T. J., & Kokotovic, A. M. (1989). Factor structure of the Working Alliance Inventory. *Psychological Assessment*, 1(3), 207–210. doi: 10.1037/1040-3590.1.3.207.
- Tracey, T. J. G., Bludworth, J., & Glidden-Tracey, C. E. (2012). Are there parallel processes in psychotherapy supervision? An empirical examination. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 49(3), 330–343. doi: 10.1037/a0026246.
- Tracey, T. J., Wampold, B. E., Goodyear, R. K., & Lichtenberg, J. W. (2015). Improving expertise in psychotherapy. *The Psychotherapy Bulletin*, 50(1), 7–13.
- Vaillant, G. E. (1993). *The Wisdom of the Ego*. Cambridge, MA: Harvard University Press. ISBN 9780674953734.

- Vallotton, S., De Roten, Y., & Despland, J. N. (2014). Défenses du thérapeute et niveau de formation. *Swiss Archives of Neurology and Psychiatry*, *165*(6), 209–214. ISSN: 1661-3686.
- Walsh, B. B., Gillespie, C. K., Greer, J. M., & Eanes, B. E. (2003). Influence of dyadic mutuality on counselor trainee willingness to self-disclose clinical mistakes to supervisors. *The Clinical Supervisor*, *21*(2), 83–98. doi: 10.1300/J001v21n02\_06.
- Wampold, B.E. (2000). Outcomes of individual counseling and psychotherapy: Empirical evidence addressing two fundamental questions. In S. D. Brown & R. W. Lent (Éds.), *Handbook of counseling psychology*. Hoboken, NJ, US: John Wiley & Sons Inc, 711-739.
- Wampold, B. E. (2001). *The great psychotherapy debate: Models, methods and findings*. Mahwah, NJ: Erlbaum.
- Wampold, B. E. (2007). Psychotherapy: The humanistic (and effective) treatment. *American Psychologist*, *62*(8), 857–873. DOI :10.1037/0003-066X.62.8.857.
- Wampold, B. E. (2015). How important are the common factors in psychotherapy? An update. *World Psychiatry*, *14*(3), 270–277. PMID: PMC4592639.
- Wampold, B., Mondin, G. W., Moody, M., Stich, F., Benson, K., & Ahn, H. (1997). A meta-analysis of outcome studies comparing bona fide psychotherapies: Empirically, "all must have prizes." *Psychological Bulletin*, *122*(3), 203-215. doi: 10.1037/0033-2909.122.3.203.
- Wampold, B. E., & Imel, Z. E. (2015). *The Great Psychotherapy Debate. The evidence for what makes psychotherapy work. Second Edition*. Routledge. New York and London.
- Webb, A., & Wheeler, S. (1998). How honest do counsellors dare to be in the supervisory relationships? An exploratory study. *British Journal of Guidance & Counselling*, *26*(4), 524. doi: 10.1080/03069889800760431.

- Werstlein, P. (1994). Fostering counselors' development in group supervision. In *Clearinghouse on Counseling and Student Services*. En ligne <https://www.counseling.org/resources/library/.../94-19.pdf>.
- Werstlein, P., & Borders, L. (1997). Group process variables in group supervision. *Journal for Specialists in Group Work*, 22(2), 120–136. doi: 10.1080/01933929708414374.
- Westerman, M. A., & Muran, J. C. (2017). Investigating an Approach to the Alliance Based on Interpersonal Defense Theory. *Psychother Res*, 27(5), 620–641. doi: 10.1080 / 10503307.2016.1152407.
- Westwood, M. J. (1989). Group Supervision for Counsellors-in-Training. *Canadian Journal of Counselling*, 2(4), 348–353.
- Winnicott, D. W. (1965). *The maturational process and the facilitating environment*. London: Hogarth Press. ISBN: 0946439842.
- Wolstein, B. (1988). *Essential Papers on Countertransference. Second edition*. NYU Press. ISBN: 0814792219.
- Zimmermann, G., de Roten, Y., & Despland, J.-N. (2008). Efficacité, économicité et caractère approprié de la psychothérapie : État de la question. *Schweizer Archiv für Neurologie und Psychiatrie*, 159(3), 119–126. doi: 10.4414/sanp.2008.01938.
- Zimmermann, G., & Pomini, V. (2013). Méta-analyse et efficacité des psychothérapies : Faits et fictions. *Psychologie*, 58(3), 167–175. doi: 10.1016/j.psfr.2012.12.002.