



Yves Gros-Louis, psychologue

Centre Psycho-Solutions,
centre@psycho-solutions.qc.ca
<http://www.psycho-solutions.qc.ca>

POUR INSTALLER UNE FORTE ALLIANCE, REJOINDRE LE MONDE DU CLIENT

« Avant de juger quelqu'un, chausse ses mocassins pendant trois lunes. » **Proverbe des Premières Nations**

Depuis la parution d'un précédent article dans cette revue en 2003¹, il est mieux reconnu par les chercheurs et les cliniciens qu'il y a un match nul entre les approches tel que confirmé par plus de 60 ans de recherche¹⁻¹¹. En outre, il est généralement admis que ce sont les facteurs communs qui sont curatifs même s'ils ne sont pas essentiels à la théorie de changement prônée par les diverses écoles de psychothérapie^{1,3,5,7,8,9}. Dans un effort sans précédent pour pondérer ces variables, Lambert¹⁰, a chiffré les facteurs communs en quatre groupes : le client (40 %), la relation thérapeutique (30 %), l'espoir (effet placebo) (15%) et la méthode d'intervention (15%). Cet article visé à rappeler quelques données recherche concernant l'alliance ainsi qu'à proposer des stratégies et des outils pour installer une alliance de qualité inspirée de la recherche et de notre pratique.

Le dernier colloque de l'ordre a permis de répéter l'idée que l'approche de traitement est une composante peu importante dans le succès de l'intervention. En effet, des chercheurs affirment que Lambert aurait grandement surestimé l'importance de la méthode qui ne compterait que pour 1 % de la variance totale^{9,11}. La thématique de ce numéro sur l'alliance arrive à point car nous croyons qu'il est beaucoup plus important de s'intéresser à des facteurs plus pertinents pour le succès de l'intervention. La formation en psychothérapie devrait porter principalement sur l'apprentissage de moyens pour stimuler les facteurs communs^{3,5,8,14}. A cet égard, installer une qualité de l'alliance est de première importance pour le psychologue spécialement formé à ce sujet.

Quelques données

Selon plusieurs auteurs, la qualité de la relation thérapeutique prédit le mieux le succès de l'intervention^{5,8,9,14}. Il n'est donc pas étonnant qu'elle explique 30 % du changement thérapeutique¹⁰. Dans une tentative pour définir les principales idées de ce concept, Gaston¹⁵ a proposé les quatre éléments suivants : (a) la relation affective du client avec le thérapeute; (b) la capacité du client à travailler dans une direction précise en thérapie; (c) la compréhension empathique et l'implication du thérapeute; (d) l'accord entre le client et le thérapeute sur les buts et les tâches de la thérapie.

Il y a un large consensus scientifique que l'alliance amène le succès de l'intervention plutôt que l'inverse^{1,3,5,7,9,11}. La période critique pour jeter les bases de l'alliance est au début de traitement car elle ne tendra pas à s'améliorer par la suite^{1,2,9,14}. C'est, en effet, la qualité de la relation entre la troisième et la cinquième rencontre qui a la meilleure corrélation avec le succès^{1,3,9,14}. Les thérapeutes et les clients perçoivent différemment la relation^{1-4,8-9,12,14}. Toutefois, la

perception du client est plus pertinente que celle du thérapeute et d'un observateur indépendant^{1-4,9,14}. Pour assurer le succès de l'intervention, il est donc nécessaire de mesurer la perception du client régulièrement en thérapie, en particulier lors des premières rencontres^{1-4,8-9,11,13-14}.

La contribution du client et du thérapeute est nécessaire au succès de l'alliance. En ce qui concerne le client, son implication à participer et à collaborer prédit mieux le succès que n'importe quelle technique ou attitude du thérapeute^{1-2,4,8-9,14}. Sa motivation au changement tel qu'évalué par lui-même⁸ de même que l'accord entre le client et le thérapeute sur les buts de l'intervention⁸⁻⁹ sont également associés au succès.

Quant au thérapeute, celui qui démontre plus de comportements positifs (chaleur, empathie et respect) et moins de comportements négatifs (blâme, jugement, ignorance, critique) tels que perçus par le client est le plus apte à développer une bonne alliance^{1-3,9,14}. D'ailleurs, le facteur thérapeute est beaucoup plus important que toute technique^{6,9}. Il est probable que certains thérapeutes possèdent de meilleures habiletés pour stimuler les facteurs communs^{1-4,8,9,14}. Lorsque le client rapporte une relation insatisfaisante, le thérapeute doit alors aborder la situation directement pour éviter la rupture¹⁴. La personnalité du thérapeute plutôt que ses techniques sont alors déterminantes pour corriger et maintenir une bonne relation^{9,14}.

Stratégies pour installer une forte alliance

Quand on demande au client ce qui l'a aidé le plus dans la thérapie, ils ne rapportent que rarement la technique d'intervention mais principalement la qualité de la relation thérapeutique². Voici, selon nous, les principales stratégies issues de la recherche et de notre pratique clinique.

1. installer un climat motivationnel optimal

La première condition pour créer une forte relation consiste à mettre en place des conditions optimales de collaboration dans la relation. La motivation à changer a une meilleure valeur prédictive de résultats que plusieurs variables : âge, statut socio-économique, sévérité du problème, buts et attentes, sentiment de compétence personnelle, support social². La motivation n'est pas un élément statique à l'intérieur du client mais un processus dynamique et interactionnel où le thérapeute a un grand rôle de catalyseur. Nous croyons que le psychologue devrait adopter une vision plus propice à la mobilisation : croire que les clients sont tous motivés mais qu'ils présentent chacun leur style particulier de collaboration¹⁶.

En 2006, nous avons développé un programme de formation très populaire inspirée de l'approche orientée vers les solutions sur l'intervention auprès de clients peu motivés ou non volontaires. A la différence du modèle Prochaska et DiClemente¹⁷ qui propose de faire passer le client d'un stage de changement au suivant, nous croyons que chaque client peu motivé ou non volontaire est motivé dès qu'il se présente en consultation. Il est fort probable que sa motivation soit loin de ce que désire habituellement le psychologue (reconnaître son problème et se sentir responsable de le résoudre). Selon nous, la tâche du thérapeute consiste à trouver ce qui motive le client, à amplifier sans jugement cette motivation et à la mettre en objectif de changement.

Prenons comme exemple une mère poussée à consulter par la DPJ qui évalue un manque d'encadrement parental. Cette femme ne reconnaît aucun des problèmes évalués par un psychologue en privé (abus sexuel dans l'enfance, abus d'alcool, déficit d'autorité parentale et problèmes conjugal) ; pourtant, elle nous est apparue très motivée à faire des efforts sérieux pour sortir la DPJ de sa vie. Après une acceptation inconditionnelle de sa motivation et quelques rencontres, nous avons trouvé ensemble un objectif de travail qui pourrait permettre de fermer le dossier de la DPJ : avoir une entente avec le conjoint sur les conséquences à donner aux enfants. Suite à cinq rencontres ayant permis d'atteindre cet objectif, nous avons contacté l'intervenant social de DPJ qui a confirmé le changement radical des enfants qui écoutent leurs parents.

Même si ce modèle est simple, il n'est pas facile à appliquer car il exige une forte dose d'acceptation de la part du psychologue. Il suppose une attitude de ne pas savoir concernant ses connaissances et une grande plasticité au monde du client. Cependant, travailler avec le cadre du client élimine pratiquement toute résistance et facilite une forte alliance dès les premières minutes de l'intervention.

2. Se conformer aux buts du client

La recherche démontre que le traitement est plus efficace lorsque les buts du client sont acceptés dans son langage et lorsque les buts déterminent la cible et la structure de l'intervention². De plus, l'adaptation du traitement aux buts du client fait que celui-ci entre en traitement plus tôt et qu'il va maintenir sa collaboration plus longtemps². Enfin, la recherche établit que la formulation d'objectifs petits, spécifiques, concrets et comportementaux double la probabilité du succès thérapeutique².

En respectant les principes énoncés précédemment, il est évident que les buts doivent coller aux mots et aux aspirations du client plutôt qu'à ceux du thérapeute. Sans renier son expertise, le psychologue efficace sait qu'il est préférable de prioriser la vision du client sur la sienne. Il va poser des questions directes sur les résultats attendus à la fin de la thérapie. Il va s'assurer que les objectifs seront suffisamment concrets et observables qu'il serait possible de les filmer. Cette direction précise donnée à l'intervention permettra de cimenter l'alliance et d'engager davantage le client.

3. Adopter le langage du client

Les études démontrent que les clients les plus satisfaits de leur rencontres sont ceux qui expérimentent une similarité de langage client–thérapeute (choix de mots, complexité, profondeur, sens)². De plus, prioriser le langage du client permet d'entrer davantage dans son monde ce qui l'aide à se sentir compris et à mettre en évidence sa contribution. Cela évite aussi d'enfermer le client dans le langage du thérapeute et de nuire à la généralisation dans son milieu de vie.

4. Se conformer à la théorie du changement du client

La théorie du changement est constituée des croyances du client sur le problème et sur le processus de changement avant le début du traitement. La recherche a démontré que l'accord entre le traitement offert et la théorie du changement du client favorise l'alliance, la durée et le

succès de la thérapie¹⁴. Afin de maintenir une forte alliance, le psychologue a intérêt à explorer les opinions du client sur la cause et la résolution du problème et à proposer une approche qui colle à sa théorie et à sa méthode habituelle de changement.

5. Demander l'avis du client

La recherche a démontré que l'établissement d'une bonne alliance n'est pas une chose simple². Elle établit que c'est l'évaluation du client de la relation thérapeutique plutôt que celle du thérapeute qui prédit le mieux le succès^{1-3,5,9,14}. Chaque client a sa façon particulière de voir l'empathie, le respect, l'authenticité, la chaleur et le thérapeute doit chercher à démontrer ces qualités selon les critères du client plutôt que selon les siens. La validation est aussi décrite comme l'acceptation, la chaleur et le regard positif du thérapeute. Cette qualité perçue par le client est fortement reliée au succès de la thérapie^{2,5,11,14}.

Pour s'assurer d'avoir une bonne alliance, le psychologue n'a pas d'autre choix que de demander au client d'évaluer l'alliance. D'ailleurs, cette stratégie permet de réduire l'abandon thérapeutique de 50 % et d'améliorer l'efficacité de 65 %¹¹. Ces résultats se comparent à ceux des meilleurs thérapeutes¹¹. Ces outils simples, rapides et validés existent en français et peuvent être téléchargés gratuitement¹⁸.

En somme, pour créer une forte alliance qui contribue largement au succès de l'intervention, le thérapeute ne peut se fier à sa propre opinion^{1-4,9,11,14}. Il devrait mesurer régulièrement la perception que le client a de la relation, surtout en début de thérapie^{1-4,8-9,11,13-14}. Ainsi, il pourrait construire une alliance qui convienne au client^{2,4,8,14}, adopter des comportements positifs favorisant la collaboration et la motivation de ce dernier^{1,2,4,11,13}, mieux s'entendre sur les objectifs de l'intervention^{1,2,4,11,14}, réparer rapidement les bris d'alliance¹⁴ et devenir un meilleur thérapeute¹¹.

Bibliographie

1. Gros-Louis, Y. (2003) *Sous le match nul entre les approches en psychothérapie : les facteurs communs*. Psychologie Québec, sept. 26-31.
2. Miller, S. D., Duncan, B. L., & Hubble, M. A. (1997) *Escape from Babel*. New-York : Norton.
3. Asay, T.P. & Lambert, M.J. (1999) The empirical case for the common factors in therapy. Dans M. A. Hubble, B. L. Duncan, & S. D. Miller, (Eds.), *The Heart & Soul of Change. What Works in Therapy?* Washington : American Psychological Association.
4. Duncan, B. L. & Miller, S. D. (2000) *The Heroic Client : Doing Client-Directed, Outcome-Informed Therapy*. San-Francisco : Jossey-Bass.
5. Lambert, M. J., & Bergin, A. E. (1994) The effectiveness of psychotherapy. Dans A. E. Bergin & S. L. Garfield (Eds.), *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change (4 th ed.)*. New-York : Wiley.
6. Ogles, B.M., Anderson, T. & Lunnen, K.M. (1999) The contribution of models and techniques to therapeutic efficacy : Contradictions between professional trends and clinical research. Dans

M. A. Hubble, B. L. Duncan, & S. D. Miller, (Eds.), *The Heart & Soul of Change. What Works in Therapy?* Washington : American Psychological Association.

7. Orlinski, D. E., Grawe, K., & Parks, B. K. (1994) Process and outcome in psychotherapy-
noch einmal. Dans A. E. Bergin & S. L. Garfield (Eds.), *Handbook of Psychotherapy and
Behavior Change (4 th ed.)*. New-York : Wiley.

8. Tallman, K. & Bohart, A.C. (1999) The client as a common factor : Client as self-healers.
Dans M. A. Hubble, B. L. Duncan, & S. D. Miller, (Eds) *The Heart & Soul of Change. What
Works in Therapy?* Washington : American Psychological Association.

9. Wampold, B. E. (2001) *The Great Psychotherapy Debate*. Mahwah : Lawrence Erlbaum
Associates.

10. Lambert, M.J. (1992) Implications of outcome research for psychotherapy integration. Dans
J.C. Norcross & M.R. Goldstein (Eds) *Handbook of psychotherapy integration*. New-York : Basic
Books.

11. Duncan, B. (2010) *On Becoming a Better Therapist*. Psychotherapy in Australia, Vol 16, no
4: 42-51.

12. Garfield, S.L. (1994) Research on client variables in psychotherapy. Dans A. E. Bergin & S.
L. Garfield (Eds.), *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change (4 th ed.)*. New-York :
Wiley.

13. Duncan, B. L., Hubble, M. A., & Miller, S. D. (1997) *Psychotherapy with « Impossible »
Cases*. New-York : Norton.

14. Bachelor, A. & Horvarth, A. (1999) The therapeutic relationship. Dans M. A. Hubble, B. L.
Duncan, & S. D. Miller, (Eds) *The Heart & Soul of Change. What Works in Therapy?* Washington
: American Psychological Association.

15. Gaston, L. (1990) The concept of the alliance and its role in psychotherapy : Theoretical
and empirical considerations. *Psychotherapy*, 27, 143-153. Gros-Louis, Y. (2000) *Les attitudes
favorisant une thérapie brève et efficace*. Conférence donnée au congrès de l'Ordre des
psychologues du Québec.

16. Gros-Louis, Y. (2000) *Les attitudes favorisant une thérapie brève et efficace*. Conférence
donnée au congrès de l'Ordre des psychologues du Québec.

17. Prochaska, J. O., & DiClemente, C. C. (1983). *Stages and processes of self-change of
smoking: Toward an integrative model of change*. *Journal of Consulting and Clinical
Psychology*, 51, 390-395.

18. www.centerforclinicaexcellence.com

Yves Gros-Louis,
Janvier 2010