UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL

LA REPRÉSENTATION DE LA CONSTRUCTION DE L'ALLIANCE THÉRAPEUTIQUE ET DE LA RÉPARATION DES RUPTURES D'ALLIANCE CHEZ LES THÉRAPEUTES NOVICES

ESSAI

PRÉSENTÉ

COMME EXIGENCE PARTIELLE

DU DOCTORAT EN PSYCHOLOGIE

PAR

ALEX ELLYSON

JUIN 2017

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL
Service des bibliothèques

Avertissement

La diffusion de cet essai doctoral se fait dans le respect des droits de son auteur, qui a signé le formulaire *Autorisation de reproduire et de diffuser un travail de recherche de cycles supérieurs* (SDU-522 – Rév.10-2015). Cette autorisation stipule que «conformément à l'article 11 du Règlement no 8 des études de cycles supérieurs, [l'auteur] concède à l'Université du Québec à Montréal une licence non exclusive d'utilisation et de publication de la totalité ou d'une partie importante de [son] travail de recherche pour des fins pédagogiques et non commerciales. Plus précisément, [l'auteur] autorise l'Université du Québec à Montréal à reproduire, diffuser, prêter, distribuer ou vendre des copies de [son] travail de recherche à des fins non commerciales sur quelque support que ce soit, y compris l'Internet. Cette licence et cette autorisation n'entraînent pas une renonciation de [la] part [de l'auteur] à [ses] droits moraux ni à [ses] droits de propriété intellectuelle. Sauf entente contraire, [l'auteur] conserve la liberté de diffuser et de commercialiser ou non ce travail dont [il] possède un exemplaire.»

REMERCIEMENTS

Cet essai doctoral m'a donné l'opportunité de rencontrer une quantité de personnes dont la richesse des savoirs et des expériences n'a d'égal que le plaisir que j'ai eu de les côtoyer. Je désire ici les remercier affectueusement.

Je tiens notamment à témoigner ma reconnaissance envers M. Marc-Simon Drouin d'avoir si généreusement accepté de m'accompagner dans ma démarche, en tant que directeur d'essai. Je lui suis d'ailleurs doublement redevable. D'une part, pour le temps et les précieux conseils qu'il m'a offerts tout au long de ma recherche. D'autre part, pour les nombreux et précieux enseignements cliniques qu'il m'a transmis dans le cadre de ses cours au doctorat.

Je tiens également à remercier les membres de mon jury, Mme Sophie Gilbert et Mme Mélanie Vachon. Je me doute bien du genre de temps et d'efforts que cette tâche requiert et j'apprécie grandement votre contribution.

Une pensée toute spéciale va aussi à mes clients. Vous accompagner dans votre quête d'actualisation et d'épanouissement personnel constitue une richesse d'enseignements relationnels qui est une constante source d'inspiration pour moi.

Sur une note plus personnelle, je tiens à remercier un ensemble de personnes ayant joué un rôle particulièrement significatif dans mon cheminement professionnel et académique. Ils sont (dans l'ordre que je les ai connues) : Marie-Josée, Judith, Pierre, Suzanne, Étienne, Jacques, Nicole, Tom, Giancarlo, France, Frédéric, Christopher et Marie-Pierre. Vous savez toute l'affection que j'ai pour vous, mentor(es) et ami(es) exceptionnel(les).

C'est également avec une vive émotion que je remercie mes parents, Rose-Hélène et Marcel. Vous êtes au cœur de mes pensées, tout particulièrement en ce moment d'aboutissement de mon parcours académique.

Enfin, c'est avec beaucoup d'amour et d'affection que je te remercie, Sylvie. Faire un doctorat en psychologie a longtemps été un rêve que je croyais impossible et je tiens à partager cet accomplissement avec toi. Les mots seraient trop faibles pour témoigner la profondeur de la gratitude que j'ai de t'avoir dans ma vie.

TABLES DES MATIÈRES

REMERCIEMENTS ii

LISTE DES SCHÉMAS vii

LISTE DES TABLEAUX viii

LISTE DES ANNEXES ix

RÉSUMÉ x

INTRODUCTION 1

CHAPITRE I 4
LE CADRE CONCEPTUEL 4

1.1 La problématique 4

1.2 La recension des écrits 12

1.2.1 Le développement du thérapeute 14

1.2.2 Survol historique sur l'alliance thérapeutique 17

1.2.3 Les ruptures d'alliance 37

1.2.4 Définir les ruptures d'alliance 39

1.2.5 Les impacts des ruptures d'alliance 41

1.2.6 Négocier les ruptures d'alliance 45

1.3 Les objectifs et questions de la recherche 47

CHAPITRE II 49
LA MÉTHODOLOGIE 49

2.1 Une approche qualitative 49

2.2 L'échantillonnage et la sélection des participants 51

2.3 Les dimensions d'analyse 54

2.4 La cueillette de données 54

2.5 La classification et l'analyse des données 56

2.6 Déroulement de l'étude 59

CHAPITRE III 60
RÉSULTATS 60

3.1 Listes des principaux thèmes abordés avec les participants 60

3.2 Tableaux des principaux constats observés dans le propos des participants 61

3.3 Divers propos de participants concernant l'AT et les RA 71

3.3.1 L'établissement du lien thérapeutique 71

3.3.2 La conception de l'alliance thérapeutique 75

3.3.3 Les moyens pour définir les objectifs, les rôles et les tâches 78

3.3.4 La conception des ruptures d'alliance 84

3.3.5 La reconnaissance des ruptures d'alliance 88

3.3.6 Les moyens pour éviter les ruptures d'alliance 90

3.3.7 L'expérience affective liée aux ruptures d'alliance 92

3.3.8 Le type de rupture d'alliance thérapeutique vécue 95

3.3.9 Des défis et enjeux relatifs à la réparation des ruptures d'alliance 101

3.3.10 Les stratégies pour restaurer les ruptures d'alliance 110

3.3.11 L'AT, les RA et les besoin de formation 113

CHAPITRE IV 117
DISCUSSION 117

4.1 Tableaux des points saillants de la section discussion 118

4.2 Une analyse transversale de l'AT et des RA 122

4.2.1 Le lien affectif 122

4.2.2 Les objectifs/rôles/tâches : des dimensions parfois moins investies 127

4.2.3 De l'alliance thérapeutique aux ruptures d'alliance 135

4.2.4 Le statut de thérapeutes novices de nos participants et la littérature 156

4.2.5 Comparaison entre les approches théoriques 165

4.2.6 Comparaison avec l'étude de Sullivan, Skovholt et Jennings 168

4.2.7 Des recommandations pour la formation des thérapeutes novices 175

4.2.8 Limites de l'étude 190

4.2.9 Portée des résultats 194

CHAPITRE V 195
CONCLUSION 195

ANNEXE A 199
SCHÉMA D'ENTRETIEN 199

ANNEXE B 202
FORMULAIRE DE CONSENTEMENT 202

ANNEXE C 205
CITATIONS DE PARTICIPANTS 205

ANNEXE D 255
TABLEAU RÉSUMÉ CONCERNANT LES RUPTURES D'ALLIANCE 255

BIBLIOGRAPHIE 259

LISTE DES SCHÉMAS

Schéma I	Principe du « cercle vertueux » (des principaux thèmes et sous-thèmes relatifs aux stratégies utilisées pour renforcir la qualité du lien thérapeutique)	p.125
Schéma II	Principe du « cercle vicieux » (des éléments s'inter-influençant négativement dans la négociation des RA)	p.143
Schéma III	Synthèse des principales conclusions de la recherche	p.150

LISTE DES TABLEAUX

Tableau I	Liste des constats concernant l'AT	p. 61
Tableau II	Liste des constats concernant les RA	p. 65
Tableau III	Liste des principales conclusions de l'analyse transversale	p. 118
Tableau IV	Synthèse comparative des approches théoriques	p. 119
Tableau V	Synthèse comparative des styles de posture relationnelle	p. 120
Tableau VI	Liste des recommandations pour la formation des thérapeutes novices	p. 120

LISTE DES ANNEXES

Annexe A	Schéma d'entretien	p. 199
Annexe B	Formulaire de consentement	p. 202
Annexe C	Citations des participants	p. 205
Annexe D	Tableau résumé concernant les RA	p. 255

RÉSUMÉ

Cette recherche qualitative s'intéresse à la représentation de la construction de l'alliance thérapeutique ainsi qu'aux réparations des ruptures d'alliance chez les thérapeutes novices. L'analyse thématique des entrevues faites auprès de douze internes complétant un doctorat en psychologie permet d'abord d'explorer comment ceux-ci se représentent la construction de l'alliance thérapeutique. Celle-ci suggère que ces derniers seraient plus à l'aise et au fait d'une des trois composantes de l'alliance thérapeutique selon Bordin (1979), soit le lien affectif, et moins par rapport aux objectifs ou aux rôles et tâches. Elle permet également de conceptualiser cinq dimensions centrales auxquelles ces thérapeutes ont recours afin de bâtir un lien thérapeutique de qualité. L'examen de la manière dont les participants abordent les ruptures d'alliance thérapeutique permet ensuite d'observer un degré d'aisance et de connaissance significativement moindre, par rapport à la construction de l'alliance. De fait, les participants ont fortement tendance à éviter d'aborder divers sujets pouvant conduire à des ruptures d'alliance avec leurs clients, entre autres en raison d'un manque de maitrise de ce concept complexe, mais probablement aussi parce que cela les confrontent à divers enjeux personnels. De tels constats permettent, finalement, de formuler une série de recommandations pour améliorer la formation des thérapeutes novices.

MOTS-CLÉS : alliance thérapeutique, construction de l'alliance thérapeutique réparation des ruptures d'alliance thérapeutique, objectifs, rôles/tâches, relation thérapeutique, thérapeutes novices, thérapeutes en formation.

INTRODUCTION

Plusieurs décennies de recherche au sujet de l'efficacité de la psychothérapie ont fait ressortir la primordialité de l'alliance thérapeutique, avant l'orientation théorique et les techniques spécifiques, en tant que facteur de variance dans les résultats de la psychothérapie (Doran & Safran, 2016; Flückiger *et al.*, 2012; Safran & Muran, 2006; Lecomte *et al.*, 2004; Norcross, 2002; Martin & Garske, 2000; Teyber, 2000; Garfield, 1998; Lambert & Bergin, 1994). Il en va de même avec la réparation des ruptures d'alliance, qui est associée à de meilleurs résultats thérapeutiques (Doran *et al.*, 2017; Safran *et al.*, 2015; Safran & Muran, 2011, Muran *et al.*, 2009; Strauss *et al.*, 2006; Stiles *et al.*, 2004; Baillargeon *et al.*, 2003; Kivlighan & Shaughnessy, 2000). L'apprentissage de telles habiletés relationnelles devient ainsi un élément central de la formation du psychologue (Safran & Kraus, 2014; Safran & Muran, 2011, 2006, Skovholt & Ronnestead, 2003). Comment cela se passe-t-il, toutefois, pour des psychothérapeutes qui en sont à leurs premiers pas dans une profession dont l'apprentissage nécessite souvent de nombreuses années d'expérience (Eubanks-Carter *et al.*, 2015; Strasser & Gruber, 2004; Skovholt & Ronnestead, 2003)? De quelle manière ceux-ci conçoivent-ils l'alliance thérapeutique et comment s'y prennent-ils lorsqu'ils vivent des impasses relationnelles avec leurs clients?

Cet essai doctoral a comme objectif central d'explorer les représentations de la construction de l'alliance thérapeutique et de la réparation des ruptures d'alliance chez des thérapeutes novices[1]. Plus spécifiquement, elle vise à examiner la manière

[1] Précisons que les termes thérapeutes « novices » et thérapeutes en « formation » sont utilisés dans la présente recherche en tant que synonymes, une notion que nous préciserons davantage dans le cadre de la description de la méthodologie de recherche utilisée (voir section 2.3 : « l'échantillonnage »).

dont les psychothérapeutes[2] en formation conçoivent et s'y prennent pour construire et réparer une rupture d'alliance thérapeutique avec leurs clients. Dans ce but, notre recherche se divise en cinq chapitres.

Le premier chapitre servira à établir la problématique et faire une recension des écrits se rapportant au thème d'analyse, en même temps que de préciser les objectifs et les questions de recherche subséquentes que poursuit cet essai doctoral.

Le second chapitre permettra de circonscrire la méthodologie qui a été utilisée pour appréhender l'objet d'étude. Il sera alors question de l'approche qualitative et des modalités méthodologiques entourant cette recherche, soit l'échantillonnage, les dimensions d'analyse, la cueillette des données, leur classification et leur analyse, ainsi que de certaines considérations éthiques.

Le troisième chapitre fournira l'occasion d'examiner les divers constats recensés dans le corpus des douze participants de l'étude, eu égard à la construction de l'AT (que nous nommerons dorénavant « AT ») et à la réparation des RA (que nous nommerons dorénavant « RA »). On y présentera, tour à tour, un tableau synthèse de l'ensemble des principaux constats ayant été observés dans le propos de participants concernant la construction de l'AT et un second tableau qui résume l'ensemble des principaux constats relativement aux RA. Nous ferons ensuite un retour sur les points saillants des deux tableaux en y ajoutant divers extraits d'entrevues avec les participants, cela afin d'illustrer et d'étayer le contenu de ces résultats.

Le quatrième chapitre servira d'espace d'analyse et de discussion globale concernant la manière dont les participants se représentent la construction de l'AT et la réparation des RA. Cela permettra alors de jeter un *regard transversal* sur ces deux

---

[2] Précisons que les termes « psychothérapeutes », « thérapeutes », « psychologues » et « cliniciens » sont utilisés dans cet essai en tant que synonymes.

objets d'étude, mais aussi de mieux situer et étayer les diverses conclusions de notre recherche. Dans ce but, nous aborderons les thèmes des objectifs, des rôles et des tâches, du passage de l'AT aux RA, ainsi que de la crainte des RA. Par la suite, nous situerons les résultats de notre étude par rapport à ce que la littérature nous enseigne concernant le développement professionnel des thérapeutes en formation. Puis nous procèderons à une comparaison de postures relationnelles en lien avec l'étude de Sullivan, Skovholt & Jennings (2005), et une comparaison entre les propos de nos participants et leurs approches théoriques respectives. Nous formulerons enfin quelques recommandations pour la formation des thérapeutes novices et traiterons, en terminant, des limites de notre étude, ainsi que de la portée de nos résultats.

Le dernier chapitre fera figure de conclusion. Nous y jetterons un regard synthèse sur l'ensemble des constats et des conclusions que cette étude permet de tirer, concernant la représentation de la construction de l'AT et de la réparation des RA chez les thérapeutes novices, en reprenant le tout dans une perspective d'ensemble.

CHAPITRE I

LE CADRE CONCEPTUEL

Ce chapitre a pour but de circonscrire les principaux concepts théoriques avec lesquels nous appréhenderons la représentation de la construction de l'AT et de la réparation des RA chez les psychothérapeutes novices, de même que de préciser l'objet de notre recherche. Pour ce faire, nous présenterons d'abord la problématique à l'étude, pour ensuite procéder à une recension des écrits se rapportant aux principaux concepts qui constitueront les assises théoriques de notre recherche. Nous définirons par la suite l'objet de notre démarche, entre autres en ce qui concerne les différents objectifs qu'elle poursuit, de même que les questions auxquelles elle tente de répondre.

1.1 La problématique

Il existe maintenant un consensus important dans la littérature autour de l'importance de la *personne du thérapeute* dans le processus thérapeutique (Lambert & Norcross, 2014; Wampold, 2007, 2001; Teyber, 2000; Lambert, 1998). Il semblerait effectivement que le « facteur » thérapeute constitue une « variable » déterminante dans l'efficacité de la psychothérapie, entre autres parce qu'elle expliquerait davantage la variabilité des résultats obtenus que les traitements spécifiques, le diagnostic, la formation, l'approche théorique ou encore les années d'expérience du thérapeute (Teyber & Teyber, 2014; Wampold, 2007, 2006;

Chambless *et al.*, 2006; Wampold & Brown, 2005; Lambert & Olges, 2004; Blatt *et al.*, 1996; Crits-Christoph *et al.*, 1991; Luborsky *et al.*, 1986). Malgré cela, cette variable demeure pourtant un des aspects négligés de la recherche sur l'efficacité de la psychothérapie (Drouin, 2005; Lecomte *et al.*, 2004; Beutler, 1997), les études se concentrant plutôt sur les psychothérapies que sur les psychothérapeutes (Orlinsky *et al.*, 2005). Cela s'expliquerait notamment par l'idée longtemps véhiculée que la réussite thérapeutique reposerait plutôt sur la qualité des approches et des techniques utilisées en psychothérapie, que sur des éléments intersubjectifs inhérents aux relations humaines (Orlinsky, 1989). Cela présupposerait, du même coup l'idée que les psychothérapeutes seraient plus ou moins interchangeables (Orlinsky *et al.*, 2005).

Dans un même élan, la psychothérapie ne pourrait être conçue sans l'existence d'une relation entre le thérapeute et son client, et cette rencontre entre deux personnes joue, bien sûr, un rôle important dans les progrès thérapeutiques (Lambert & Norcross, 2014; Gelso & Hayes, 1998). La question de l'efficacité de la psychothérapie s'aborde alors difficilement sans faire un détour du côté de l'*alliance thérapeutique*, entre autres parce qu'elle constitue un élément capital du processus psychothérapeutique commun (facteurs communs) à toutes les formes de thérapies (Doran & Safran, 2016; Horvath *et al.*, 2011; Rogers, 2009; Cecero *et al.*, 2001; Martin *et al.*, 2000), et qu'elle présente une corrélation positive, à la fois robuste et stable, avec les changements thérapeutiques (Flückiger *et al.*, 2012; Barber, 2009; Bethea *et al.*, 2008; Castonguay *et al.*, 2006; Kazdin & Whitney, 2006, Lazignac *et al.*, 2005; Shirk & Karver, 2003; Diamond *et al.*, 2000)[3].

---

[3] Distinguons ici les notions d'*alliance thérapeutique* et de *relation thérapeutique*. La première (que l'on nomme aussi le *lien thérapeutique*, ou l'*alliance de travail*) est généralement reconnue comme un élément faisant partie de la relation thérapeutique, conjointement avec les concepts de *transert/contretransfert*, et de *relation véritable* (Gelso et Carter, 1985, Greenson, 1967). Nous reviendrons sur cet aspect dans la section du cadre théorique, lorsqu'il sera question de préciser avec plus de détails le concept d'alliance thérapeutique.

Ce sujet suscite d'ailleurs un fort intérêt depuis une trentaine d'années (Roger, 2009; Horvath & Bedi, 2002). On peut facilement comprendre sa popularité, car les résultats de recherche confirment sa primordialité, bien avant les techniques, sur les résultats de la psychothérapie (Nissens-lie *et al.*, 2015, Safran & Muran, 2006; Lecomte *et al.*, 2004; Norcross, 2002; Safran *et al.*, 2001; Martin & Garske, 2000; Teyber, 2000; Garfield, 1998; Bergin & Garfield 1994; Lambert & Bergin, 1994). En fait, l'importance de la qualité de l'AT dans la variance du changement thérapeutique obtenu est telle qu'on la présente à la fois comme le facteur de prédiction de la réussite thérapeutique le plus fiable (Flückiger *et al.*, 2012; Safran *et al.*, 2001; Teyber & McClure, 2000), comme la variable intégrative fondamentale de la psychothérapie (Doran & Safran, 2016; Wolfe & Goldried, 1988), ainsi que comme le saint Graal de toutes les habiletés du thérapeute (Summers & Barber, 2003).

Mentionnons que la popularité de l'alliance thérapeutique s'explique enfin du fait que ce concept est fort utile afin de conceptualiser la manière dont s'articule le changement au cours du processus thérapeutique (Rogers, 2009; Castonguay *et al.*, 2006), mais aussi parce qu'elle constitue une variable principale, autour de laquelle les autres variables peuvent s'organiser (Baillargeon *et al.*, 2005).

Il convient d'autre part de souligner le consensus qui existe au sujet des RA, à savoir que : 1) les moments négatifs et les RA sont des *éléments inévitables* en thérapie, 2) une des *habiletés les plus importantes* du thérapeute est celle d'être capable de détecter, de composer et de réparer les RA (Doran *et al.*, 2017; Safran *et al.*, 2015; Safran & Muran, 2011, 2000a, 1996; Binder & Strupp, 1997; Horvath, 1995; Bordin, 1994; Henry & Strupp, 1994).

Notons d'ailleurs que les processus thérapeutiques ayant fait l'expérience d'une RA entre le thérapeute et son client, et qui ont été réparées, sont généralement associés à de meilleurs résultats thérapeutiques que les alliances n'ayant pas connu des ruptures,

ou encore que les alliances dont les ruptures n'ont pas été restaurées (Doran *et al.*, 2017; Safran & Kraus, 2014; Muran *et al.*, 2009; Strauss *et al.*, 2006; Stiles *et al.*, 2004; Baillargeon *et al.*, 2003; Kivlighan & Shaughnessy, 2000; Patton *et al.*, 1997). Il faut également retenir que les démarches réussies sont souvent associées à une AT suivant une courbe « haute-base-haute » au cours de la psychothérapie (Sprenkle *et al.*, 2009; Stiles *et al.*, 2004), ce qui laisse croire que la somme du changement repose souvent sur la construction (et la réparation) d'une alliance de travail solide (Safran *et al.*, 2015; Safran & Muran, 2011, 2000, 1996; Bordin, 1983). Cela met en relief l'association entre les réparations de RA et le succès en thérapie (Doran *et al.*, 2017, Strauss *et al.*, 2006 ; Golden & Robbins, 1991), de même que de l'importance, au-delà de la collaboration, de la négociation constante des RA entre le thérapeute et son client (Eubanks-Carter *et al.*, 2015; Safran & Kraus, 2014; Stiles *et al.*, 2004).

Ainsi donc, si le thérapeute est un facteur central de l'efficacité thérapeutique, et que sa capacité à construire l'AT et réparer les RA le sont tout autant, comment ces notions s'articulent-elles chez les psychothérapeutes en cours de formation universitaire?

On sait que l'*apprentissage de la relation d'aide* ne se fait pas sans heurts (Norcross, 2005), qu'il s'agit d'un travail *exigeant*, particulièrement sur le plan émotionnel (Jennings et Skovolt, 1999), et qui nécessite souvent de longues, d'épuisantes et, parfois, de douloureuses années d'expérience, avant de pouvoir maitriser les compétences nécessaires associées à la tâche (Muran &Barber, 2011; Strasser & Gruber, 2004; Skovholt & Ronnestead, 2003). Qui plus est, la nature du travail de psychothérapeute fait en sorte que ceux qui le pratiquent se retrouvent non seulement confrontés à la détresse de leurs clients, mais aussi, souvent, à leur propre détresse (Drouin, 2005; Norcross *et al.*, 1986). Cette profession amène également les cliniciens à devoir composer avec la complexité de l'expérience humaine (Kuenzli-Monard, 2009). Ils doivent ainsi apprendre à transiger avec toute une série

d'émotions éprouvantes (Stark, 1999), telles que les sentiments d'incertitude et d'impuissance (Lecomte, 1999), ainsi que d'incompétence (Turner *et al.*, 2008).

Face à de telles conditions, on se doute bien que l'apprentissage de la psychothérapie comprend un *lot considérable d'obstacles et de défis* (Drouin, 2005; Lecomte *et al.*, 2004). À titre d'exemple, le développement de la compétence et de l'identité professionnelle confronte les thérapeutes novices à de nombreux stress intenses (Kuenzli-Monard, 2009; Mahoney, 1997). En effet, ceux-ci doivent relever quantité de défis ardus, ce qui rend souvent leurs premières années de pratique difficiles (Skovholt & Ronnestead, 2003). Parmi ces difficultés, mentionnons que le thérapeute novice doit être en mesure de développer sa capacité de tolérer l'ambigüité et l'incertitude, une composante inhérente à la profession de thérapeute (Lecomte *et al.*, 2004), mais qui représente une habileté prenant généralement des années à maîtriser (Muran &Barber, 2011; Skovholt & Rønnestad, 2003). Le thérapeute débutant doit également apprendre à gérer des émotions tout aussi chargées que douloureuses (Stark; 1999), ce qui exige des expertises souvent longues à acquérir (Pica, 1998). On comprend alors pourquoi bon nombre de thérapeutes novices souffrent du syndrome de l'imposteur, et qu'ils sont particulièrement sujets à vivre de grands moments de stress durant le début de leur pratique (Drouin, 2005).

Dans un même esprit, on note que l'apprentissage de la construction de l'AT constitue une *tâche difficile à maîtriser* pour les thérapeutes novices. C'est que rapportent Skovholt & Rønnestad (2003, p. 46), aux termes d'une étude menée au sujet des principaux stresseurs auxquels les thérapeutes débutants ont à faire face, lorsque ceux-ci mentionnent : « *the tasks of establishing a therapeutic alliance and working well together are much more difficult than the beginner envisions* ». Même chose pour ce qui est de reconnaitre et de savoir composer avec les RA, ce qui constitue souvent un défi de taille, particulièrement pour les thérapeutes débutants (Eubanks-Carter *et al.*, 2015; Safran & Kraus, 2014; Safran & Muran, 2006).

Soulignons à ce sujet qu'un grand nombre de thérapeutes éprouvent de grandes difficultés lorsqu'ils vivent des situations tendues ou conflictuelles (ce qui correspond à des ruptures d'AT) avec leurs clients (Binder & Strupp, 1997) et que l'apprentissage de la régulation des émotions constitue un défi significatif pour le thérapeute débutant, notamment lorsqu'il est question d'impasses relationnelles (Norcross 2007).

La centralité du thérapeute et de l'AT dans la réussite thérapeutique, de même que l'ampleur du défi qui attend le thérapeute novice à cet égard, justifient l'étude de la construction de l'AT et de la réparation des ruptures d'AT chez les thérapeutes en formation. Or, une revue de littérature sur ce sujet nous a permis de constater que cette problématique *demeure peu étudiée* auprès de cette population (Del Rea *et al.*, 2012; Horvath & Bedi, 2002). En effet, s'il existe de nombreuses recherches portant sur le lien entre l'AT et les résultats de la psychothérapie, ou encore sur les caractéristiques personnelles des clients ou des thérapeutes concernant la relation thérapeutique (Henry & Strupp, 2000; Martin *et al.*, 2000; Barber *et al.*, 1999; Gaston *et al.*, 1998; Stiles *et al.*, 1998; Hillard, Horvath & Greenberg, 1994; Horvath & Luborsky, 1993; Horvath & Symonds, 1991), on ne trouve que de rares études s'étant penchées sur la différence entre les thérapeutes experts et les thérapeutes novices sur le plan de la régulation de l'AT (Berzins, 2008; Grete Hersoug *et al.*, 2000).

Crits-Christoph et ses collaborateurs (1993), de même que Mallinckrodt et Nelson (1991) se sont intéressés à la relation entre les années d'expérience clinique du thérapeute et son efficacité à construire l'AT, sur le plan quantitatif. Même chose pour les travaux de Davenport & Ratliff (2001), ainsi que ceux de Hilsenroth et ses collaborateurs (2002), qui ont également confirmé, quantitativement, la relation positive entre le degré d'expérience des thérapeutes et la capacité à bâtir une AT de qualité. Toutefois, bien que ces travaux démontrent un lien statistique entre l'expérience du thérapeute et sa propension à créer une bonne AT, cela nous *informe*

peu sur le processus (notamment le « pourquoi » et le « comment »), puisque ces études constituaient des démarches quantitatives.

Dans une perspective qualitative, la recherche de Sullivan, Skovholt & Jennings (2005) se démarque. À partir d'entrevues qualitatives menées par Jennings & Skovholt en 1999 (*The Cognitive, Emotional, and Relational Characteristics* of Master Therapists) afin de repérer les traits communs de 10 thérapeutes identifiés par leurs pairs comme étant des experts (*master therapists*), Sullivan, Skovholt, & Jennings (2005) ont analysé l'utilisation et la compréhension que possèdent ces thérapeutes experts du lien thérapeutique. Cette recherche leur a permis de faire une modélisation de deux types de « posture relationnelle » adoptés par les thérapeutes en matière de construction du lien thérapeutique. Globalement, on y constate qu'il y aurait ceux qui ont tendance à construire un lien thérapeutique avec leur client se fondant sur un style de relation dite « sécurisante » (*safe relationship*), le thérapeute ayant principalement recours à des attitudes telles que la sensibilité, le soutien et la chaleur humaine. De l'autre, il y aurait les thérapeutes qui adoptent un style de lien thérapeutique dont la relation prend un caractère plus « confrontant » (*challenging relationship),* le thérapeute étant davantage centré sur des notions telles que l'engagement, l'effort et la persévérance, dans le travail clinique. Précisions que c'est d'ailleurs en prenant connaissance de cette étude que la question de l'origine de la construction de l'AT (et plus tard de la réparation des RA), chez les thérapeutes novices a tranquillement prise forme dans notre esprit dans l'élaboration de ce projet d'essai doctoral.

Rønnestad & Skovholt (2003) confirment qu'une *meilleure compréhension* de la manière dont les thérapeutes novices apprennent à composer avec les écueils et les difficultés relatives à la relation thérapeutique représente un enjeu central pour leur développement professionnel. Summer & Barber (2003) reconnaissent également la grande valeur formative de l'AT, en tant que concept clinique à approfondir. De

même, Roger (2009) souligne que malgré le fait que l'utilité de l'AT ait été largement documentée sur le plan empirique, son apprentissage et sa pertinence à nous instruire sur le changement thérapeutique demeurent à investiguer. Cela nous apparait d'autant plus vrai que certains thérapeutes seraient plus aidants que d'autres sur le plan de l'efficacité thérapeutique et que ces thérapeutes apparaissent avoir plus de facilité à favoriser le développement de l'AT (Del Rea *et al.*, 2012; Lecomte, 2010; Safran & Muran, 2000a). De même qu'il semblerait que le degré de satisfaction des clients à l'égard de leur psychothérapie soit fortement corrélé avec la qualité de l'AT développée avec leur thérapeute (Nissens-lie *et al.*, 2015; Johansson & Eklund, 2003; Howgego *et al.*, 2003; Waddington, 2002; Eisen *et al.*, 2001), au point de constater que plus la qualité du lien thérapeutique est solide, plus les clients seraient satisfaits de leur démarche de psychothérapie (IsHak *et al.*, 2002). De telles affirmations suggèrent une *meilleure conceptualisation du processus d'acquisition des expertises nécessaires* afin de développer une alliance de qualité avec les clients, pour les thérapeutes.

La pertinence de cette thématique s'inscrit, en outre, plus largement, dans l'étude du développement des cliniciens, non seulement pour bonifier la formation des futurs psychothérapeutes, mais aussi, afin de promouvoir l'amélioration de la qualité des services qu'ils offrent à leurs clients (Carle et Drouin, 2008).

La mise en lien des éléments précédemment identifiés semble d'ailleurs ouvrir la porte à un ensemble de questions. Par exemple, comment les psychothérapeutes qui en sont à leurs premiers pas dans le monde de la relation d'aide perçoivent-ils l'AT et les RA? De quelle manière s'y prennent-ils pour bâtir le lien? Comment comprennent-ils leur influence sur ce dernier? Bref, quel est leur point de départ concernant des composantes aussi centrales que l'AT et la réparation des RA?

Le présent essai doctoral s'intéressera ainsi à la représentation de la construction de l'AT et de la réparation des ruptures d'AT chez les psychothérapeutes novices.

1.2 La recension des écrits

Tel que mentionné dans la problématique, de nombreuses recherches menées au cours des dernières décennies ont permis de mettre en lumière que c'est la personne du thérapeute qui possède la *plus grande influence* sur le changement thérapeutique, et non son allégeance théorique ou son recours à des techniques spécifiques (Teyber & Teyber, 2014; Wampold, 2007, 2001; Chambless *et al.*, 2006; Wampold & Brown, 2005; Blatt *et al.*, 1996; Luborsky *et al.*, 1985). Retenons notamment à ce sujet la série de recherches menées par Wampold (2007, 2006, 2005, 2001), qui portait à la fois sur des essais cliniques randomisés et des études sur le terrain de la pratique. Notons aussi les travaux de Lecomte (1987a) faisant valoir que la détérioration de la psychothérapie serait un facteur intimement lié à des dimensions personnelles du thérapeute tel que sa maturité, sa santé mentale, son intégrité, ou sa compétence.

Cela conduit à établir un lien entre la primauté de l'AT et l'importance du thérapeute dans la construction de cette alliance. De fait, si la qualité de la relation entre le thérapeute et son client représente la base du changement thérapeutique (Lambert & Norcross, 2014; Safran & Muran, 2011, 2006, 2000a; Lecomte *et al.*, 2004, 1996; Lambert & Barley, 2002; Teyber, 2000; Beulter, 1998; Horvath, 1995, 1994, 1991), on peut comprendre la centralité du rôle du thérapeute dans l'instauration de ce lien (Lecomte, 2010; Horvath & Bedi, 2002; Teyber, 2000; Horvath, 1995; Mahoney, 1991).

Plusieurs recherches soutiennent d'ailleurs que les caractéristiques personnelles du thérapeute ont une influence primordiale, tant sur le développement de l'AT, que sur

les résultats de la thérapie (Lecomte, 1999). De même, si la recherche fait déjà, depuis plus de 20 ans, une distinction conceptuelle claire, sur le plan des données empiriques, entre l'influence du thérapeute et l'influence du traitement lui-même (Fife *et al.*, 2014; Beutler *et al.*, 2004), il n'en demeure pas moins que, malgré tous les efforts qui ont été faits pour contrôler ou neutraliser l'impact de la variable représentée par le psychothérapeute (Lambert & Okiishi, 1997), il semble impossible d'occulter la centralité du clinicien en tant qu'agent de changement (Del Rea *et al.*, 2012; Norcross, 2005).

Notons aussi que malgré la tendance des thérapeutes à percevoir les techniques qu'ils utilisent comme étant à l'origine du changement chez leurs clients, ces derniers ont plutôt tendance à identifier les qualités personnelles du thérapeute (qu'il soit question de son calme, de sa confiance en soi et envers les ressources du client, de ses habiletés cliniques, de son écoute, de son soutien, de son approbation, de ses encouragements, de ses conseils, etc.) en tant que raison du succès de la démarche (Norcross, 2002; Castonguay, 1987). Le thérapeute est agent de changement central (Mahoney, 1991) parce qu'il contribue fortement à la mise en place des conditions « gagnantes » au succès de la thérapie (Chalifour, 2000), entre autres en créant un climat d'ouverture, d'acceptation, de confidentialité et de respect, ce qui permet au client de se révéler en toute sécurité (Greenberg, 2002). Par ses attitudes et ses habiletés professionnelles (telles que l'écoute, la chaleur humaine, l'empathie, la patience, etc.), le thérapeute peut instaurer une AT et offrir au client une relation interpersonnelle authentique et d'acceptation inconditionnelle (Mahoney, 1991), une expérience relationnelle unique qui lui sera thérapeutique (Goldfied, 1987).

Afin qu'il puisse contribuer à la mise en place d'un contexte favorable à l'établissement d'une bonne AT, le thérapeute doit posséder un certain nombre de qualités incontournables (Drouin, 2005). Le thérapeute « efficace » est notamment en mesure d'offrir les conditions « facilitantes » (Greenberg *et al.*, 1994) permettant au

client de se dévoiler et d'explorer sa situation dans un climat de sécurité (Greenberg, 2002), tout en favorisant son engagement affectif (Skovholt & Rønnestad, 2003; Greenberg, 2002). Par conditions facilitantes, nous référons principalement ici aux conditions « nécessaires » et « suffisantes » évoquées par Rogers (1992, 1957), qui sont l'empathie, la chaleur humaine, l'authenticité, la congruence et l'acceptation inconditionnelle (ou regard positif inconditionnel, qui se veut bienveillant et non-évaluateur). Le thérapeute « efficace » est également capable de s'ajuster aux besoins et à la façon d'être du client (Fife *et al.*, 2014; Lambert & Ogles, 2004), et de lui fournir des explications concernant ses difficultés et la manière d'y remédier (Garfield, 1998). Ce dernier est également davantage en mode relationnel qu'en mode enseignement (Teyber, 2000) et fait preuve d'ouverture et d'authenticité (Patterson & Hidore, 1997), de même que de patience et de sensibilité (Drouin, 2005). Il évite par ailleurs de trop prendre les choses en charge (particulièrement durant la phase initiale de la démarche) ou encore d'offrir des interprétations prématurées (Horvath & Bedi, 2002). Le thérapeute « efficace » doit enfin posséder diverses habiletés relatives à la création et au maintien de l'AT, telles que la capacité de s'entendre avec son client concernant les objectifs et les tâches respectives dans la démarche (Muran &Barber, 2011; Wampold, 2001; Bordin, 1994; Horvath & Greenberg, 1994), un aspect sur lequel nous reviendrons plus loin.

1.2.1 Le développement du thérapeute

Il convient de faire un détour du côté du développement professionnel du psychothérapeute et des implications que cela suggère en lien avec notre thème d'étude. Pour mieux situer le développement du thérapeute, Skovholt & Rønnestad (2003, 1992) ont procédé à des études longitudinales qui avaient pour but d'explorer qualitativement les différentes phases du processus d'acquisition de compétences professionnelles de thérapeutes et sa construction au travers des années d'expérience.

Cela leur a permis d'identifier sept stades, soit : 1) la transition vers la formation professionnelle (1re année d'étude supérieure), 2) l'imitation des experts (les années mitoyennes du cycle supérieur), 3) l'autonomie conditionnelle (les internats - 6 mois à 2 ans), 4) le stade d'exploration (jeune professionnel - 0 à 2 ans), 5) le stade d'intégration (2-9 années d'expérience), 6) le stade d'individuation (10-30 années d'expérience), et 7) le stade d'intégrité (25-35 années d'expérience). On constate ainsi que les psychothérapeutes évoluent selon une séquence de stades, d'un continuum de novice à expert, durant lesquelles chacune des étapes pose son lot d'apprentissage et de défis (Lecomte *et al.*, 2004)[4].

Rajoutons que les premières années du thérapeute constituent une période charnière dans le développement de sa compétence et la construction de son identité professionnelle (Lecomte, 2005). Cela suggère l'apprentissage d'une profession exigeante (Jennings & Skovolt, 1999), qui les confronte à diverses difficultés en lien avec leur bien-être personnel (Lecomte *et al.*, 2004). Parmi celles-ci, citons la colère que dirigent les clients contre leur thérapeute, l'isolement émotif corolaire à la confidentialité, les standards de performance que les thérapeutes s'imposent, la critique des clients, la fatigue de compassion, et le sentiment de dévaluation et de rejet (Norcross, 2007). Nommons aussi la désillusion, l'épuisement professionnel, et le sentiment d'incompétence (Turner *et al.*, 2008; Mahoney, 1997), ou encore la fatigue émotionnelle, le sentiment de confusion et la honte ressentie par le thérapeute (Kottler, 2003). Nous pourrions également mentionner l'obligation de devoir composer avec toute une série d'affects éprouvants (Stark, 1999), liée avec la complexité de la relation d'aide et de l'expérience humaine (Kuenzli-Monard, 2009). On comprend mieux, dès lors, l'ampleur des écueils auxquels les thérapeutes novices doivent faire face.

---

[4] C'est à ces stades que nous référerons pour situer notre population à l'étude, dans la section « méthodologie ».

De nombreuses recherches se sont d'ailleurs intéressées aux différents défis qui attendent les thérapeutes en début de carrière. À titre d'exemple, Skovholt & Rønnestad (2003) ont identifié sept importants facteurs de stress qui guettent les thérapeutes en début de parcours : l'anxiété de performance aigüe, devoir être évalués par des professionnels aguerris, des frontières émotionnelles rigides ou poreuses, un « soi-professionnel » incomplet et fragile, des repères conceptuels inadéquats, des attentes trop grandes, ainsi qu'un important besoin de valorisation de la part du superviseur. Les thérapeutes novices doivent se familiariser avec un large éventail de contextes (à la fois théoriques, pratiques et cliniques), qui sont souvent complexes et ambigus, ce qui les forces alors à devoir combler un écart considérable entre le savoir théorique et expérientiel (Strasser & Gruber, 2004). Rajoutons que ceux-ci sont en quête de compétence et d'identité professionnelle (Lecomte, 2005), qu'ils ont souvent de la difficulté à s'accepter, de même qu'à avoir confiance en eux-mêmes (Skovholt & Rønnestad, 2003), ou encore à développer une conscience de soi plus aiguë, tout en apprivoisant leur propre souffrance (Jennings & Skovholt, 1999). Enfin, les thérapeutes novices sont particulièrement vulnérables à vivre de la détresse et de l'anxiété de performance, en doutant notamment de leur capacité à aider leurs clients (Drouin, 2005).

Ces constats soulèvent, à nos yeux, la nécessité d'un enseignement adapté aux besoins des futurs psychothérapeutes. En effet, la plupart des étudiants en psychologie sont admis sur la base de leur capacité à maîtriser des contenus académiques, une habileté qui se traduit toutefois difficilement une fois confrontés à la complexité de la réalité clinique (Skovholt & Rønnestad, 2003). Les programmes de formation accordent souvent la priorité aux facteurs techniques et théoriques, au détriment de composantes aussi centrales que le « savoir-être » et les habiletés relationnelles (Lecomte *et al.*, 2004). Bien qu'il serait commode de penser que la compétence professionnelle du thérapeute se résume à la maitrise de connaissances et de techniques, il n'en demeure pas moins que, tôt ou tard, « tout psychothérapeute,

quelle que soit son approche, sera confronté à des impasses thérapeutiques qui l'amèneront à s'interroger sur sa contribution personnelle, en particulier dans la relation thérapeutique » (Lecomte *et al.*, 2004, p. 77).

Évidemment, ces arguments ne constituent pas un plaidoyer contre les programmes de formations. Différentes études, dont une méta-analyse accomplie par Stein & Lambert (1995), confirment que la formation semble être un facteur central dans le développement de la compétence du thérapeute. La formation serait notamment associée à des taux d'abandon plus bas de la part des clients. De plus, les progrès de ceux-ci seraient liés au degré de formation du thérapeute, et cela, peu importe son expérience clinique (Lambert & Ogles, 2004).

On constate donc que l'apprentissage de la profession de psychothérapeute ne constitue pas une mince tâche (Castonguay *et al.*, 2006). L'acquisition des compétences nécessaires à la construction d'une AT de qualité représente d'ailleurs souvent un défi bien plus complexe que les thérapeutes novices ne l'envisagent initialement (Skovholt & Rønnestad, 2003).

1.2.2 Survol historique sur l'alliance thérapeutique

Soulignons d'emblée que l'intérêt pour l'AT ne date pas d'hier. Concevoir la relation existant entre le thérapeute et son client comme étant la clé du mécanisme thérapeutique est d'origine psychanalytique (Kozart, 2002), puisque Freud (1912) s'y intéressait déjà dans ses premiers écrits, lorsqu'il était question du transfert. En mettant l'emphase sur la notion transfert (déplacement des affects d'un objet vers la personne du thérapeute), ce dernier faisait déjà valoir l'importance de la relation entre le patient et son thérapeute sur la réussite de la démarche d'analyse (Bioy et Bachelart, 2010). Freud considérait que le thérapeute (l'analyste) devait absolument

établir, dès le début de la relation thérapeutique, un lien avec son patient (l'analysant), en lui manifestant, entre autres, suffisamment d'intérêt, tout en lui laissant le temps de se construire (Baillargeon *et al.*, 2005). Il estimait que cela permettrait alors au patient de développer un lien d'attachement avec son thérapeute, semblable à celui qu'il a développé pour les figures significatives de son enfance (Bioy et Bachelart, 2010). Or, c'est précisément cette relation de coopération mutuelle entre eux qui rendrait possible l'émergence de sentiments inconscients et de résistances de la part du patient, par l'entremise du phénomène de transfert (Baillargeon *et al.*, 2005).

Dans la lignée des travaux freudiens, Sterba (1934) a continué de préparer le terrain sur lequel l'AT allait se développer. Celui-ci fut le premier à expliquer le rôle que joue l'identification positive du client envers son thérapeute, c'est-à-dire que cela l'incite à travailler en faveur de l'atteinte des tâches thérapeutiques (Safran & Muran, 2000a).

C'est néanmoins Zetel (1956) qui a introduit le terme d'AT (*therapeutic alliance*) (Bioy et Bachelart, 2010). Sans pour autant la définir formellement, cette auteure entrevoyait l'AT comme une répétition de la relation patient/enfant et donc, comme une des composantes essentielles de l'efficacité thérapeutique (Baillargeon *et al.*, 2005). En fait, Zetel utilisait le terme d'AT lorsqu'elle référait aux habiletés du patient à utiliser la partie « saine » de son ego pour créer un lien avec l'analyste, en vue d'accomplir les tâches thérapeutiques (Horvath & Bedi, 2002). Elle se distinguait ainsi de la perspective psychanalytique de Freud, en s'inscrivant plutôt dans le courant de la psychologie de l'ego (*ego psychology*), qui servira encore davantage à mettre l'accent sur l'interaction prenant place entre l'analyste et son patient (Safran & Muran, 2000a),

C'est ensuite les travaux de Greenson (1967) qui permettront d'approfondir la notion d'alliance de travail (*working alliance*), un terme qu'il utilisait comme synonyme d'« AT ». Cet auteur concevait la collaboration positive entre le thérapeute et son patient comme étant le fondement de la relation thérapeutique (Caillard et Chastang, 2010). Il définissait l'alliance de travail comme étant l'habileté qu'ont, le thérapeute et son patient, de travailler ensemble, de manière pertinente, à l'atteinte des objectifs du traitement (Safran & Muran, 2000a). Pour lui, l'alliance de travail représentait une composante essentielle du succès de la thérapie, puisque c'est essentiellement d'elle que dépend, non seulement la motivation du patient à résoudre ses difficultés, mais aussi sa volonté de coopérer, ainsi que sa capacité à suivre des instructions (Bordin, 1983). Greenson (1967) avait alors identifié trois composantes fortement interdépendantes dans la relation thérapeutique : 1) la relation véritable, 2) la configuration du transfert et, plus important encore, 3) l'alliance de travail.

C'est par la suite Rogers qui, dans une perspective humaniste, poursuit cette idée de centralité de la contribution du thérapeute dans la relation en élaborant son approche centrée sur le client (Rogers, 1957). Un des concepts fondamentaux de cette approche veut que la relation offerte par le thérapeute constitue une « condition nécessaire » pour aider le client à résoudre ses problèmes (Kahn, 1997). Précisions que même si Rogers n'utilisait pas le terme d'AT à proprement parler, il était fortement préoccupé par l'aspect relationnel du processus psychothérapeutique (voire la dimension du lien affectif de l'AT), entre autres en ce qui concerne les qualités relationnelles nécessaires afin que le thérapeute puisse établir une bonne relation thérapeutique avec ses clients (Baillargeon *et al.*, 2005). Sa conviction principale était que le thérapeute ne « guérit » pas les clients (Teyber, 2000), mais plutôt que s'il leur offre les conditions « nécessaires » et « suffisantes » (c'est-à-dire l'empathie, l'authenticité, le respect, l'acceptation, la congruence, et le regard positif inconditionnel), le thérapeute permet alors à ses clients de s'engager dans un processus de changement (Lecomte et Richard, 2003).

Notons cependant que la conceptualisation théorique de l'AT ayant eu le plus d'influence est celle de Bordin (1994, 1983, 1979), ce dernier s'efforçant d'apporter un modèle transthéorique du concept (Horvath & Bedi, 2002). Selon cet auteur, l'AT est un phénomène indépendant des modalités thérapeutiques (Caillard et Chastang, 2010), et c'est pourquoi il a élaboré une définition éclectique du concept (Baillargeon *et al.*, 2005). Dans ses travaux, Bordin laissait entendre qu'il était plus important de préciser l'efficacité des composantes communes à toutes les formes de thérapies, plutôt que de s'attarder à leurs différences respectives, tant théoriques que techniques (Horvath & Bedi, 2002). Ce dernier voyait donc dans l'AT une notion permettant de conceptualiser, au-delà des théories spécifiques aux diverses approches, la manière dont s'articule le processus de changement survenant dans toute interaction entre deux individus (Rogers, 2009). Il suggéra alors d'appréhender l'AT en tant que travail de collaboration nécessitant trois composantes essentielles, soit : 1) l'accord sur les objectifs, 2) l'accord sur les rôles/tâches et 3) le lien affectif (Bordin, 1979). Cela permettrait d'intégrer à la fois des aspects relationnels non spécifiques (le lien), à des aspects relationnels plus techniques (les buts et les tâches) (Caillard et Chastang, 2010).

Sur le plan du développement du concept d'AT, il convient de nommer aussi l'apport significatif de Luborsky (Baillargeon *et al.*, 2005). Celui-ci considère que la formation de l'AT (qu'il nomme « alliance aidante ») serait principalement influencée par l'expérience relationnelle que vit le patient avec son thérapeute (Luborsky, 1976). Privilégiant davantage les aspects psychodynamiques de l'AT (Lazignac *et al.*, 2005), il suggère que celle-ci se développe selon deux pôles, soit : a) l'alliance de type I, qui constitue l'expérience qu'a le patient du thérapeute, vécu comme aidant et soutenant, et b) l'alliance de type II, qui représente l'expérience qu'a le patient de son traitement, vécu en tant que sentiment que le processus de travail accompli avec le thérapeute est non seulement « utile », mais aussi « réalisable » (Caillard et Chastang, 2010; Horvath & Bedi, 2002).

Soulignons enfin les travaux plus récents de Safran & Muran (2011, 2000a), qui ont développé une approche plus cognitive de l'AT. Ces derniers estiment que ce sont les structures cognitives centrales (schémas) qui organisent la perception que possède une personne des actions d'autrui (Baillargeon *et al.*, 2005). Comme l'expliquent Baillargeon et ses collaborateurs (2005, p. 139) :

> Lorsque ces structures cognitives centrales sont dysfonctionnelles, elles activent des cycles cognitifs interpersonnels mésadaptés dans lesquels les attentes du patient conduisent à un comportement qui déclenche des conséquences interpersonnelles qui confirment leurs attentes dysfonctionnelles. Quand le thérapeute agit de façon consistante avec le schéma dysfonctionnel interpersonnel du patient, il perpétue un cycle cognitif interpersonnel dysfonctionnel. L'équipe de Safran travaille alors sur les RA qui se produisent généralement quand les actions du thérapeute confirment la structure cognitive dysfonctionnelle du client.

1.2.3 Définir l'alliance thérapeutique

L'AT constitue un des sujets de recherche les plus populaires depuis une trentaine d'années, tant chez les chercheurs que les cliniciens (Rogers, 2009; Horvath & Bedi, 2002). Citons à ce sujet cette recension des écrits de Martin (1998) : plus de 1400 articles ont été publiés sur le sujet de l'AT entre 1977 et 1997. Une enquête similaire de Horvath & Bedi (2002) fait état de plus de 650 références additionnelles entre 1998 et 2000. Plusieurs de ces travaux tentaient de définir l'essence de la relation thérapeutique en termes d'AT (Horvath & Bedi, 2002). En outre, plus de 1000 travaux de recherche supportent statistiquement, parmi un large éventail de traitements et de diagnostics, que l'AT constitue un des indices les plus robustes afin de prédire le succès de la démarche thérapeutique (Horvath *et al.*, 2011; Orlinsky *et al.*, 2004; Safran & Muran, 2000a). Précisions ici que les indicateurs d'efficacité thérapeutique généralement utilisés sont la diminution des symptômes, ainsi que l'amélioration du fonctionnement (interpersonnel, social et professionnel), de l'estime

de soi, du bien-être subjectif et de la qualité de vie des clients (Safran & Muran, 2000a).

Il n'existe pas de définition universellement reconnue pour circonscrire la notion d'AT (Saketopoulou, 1999). À titre d'exemple, Luborsky (1987b, p. 216) décrit la notion d'AT en tant que « lien émotionnel et un engament mutuel du client et du thérapeute ». Teyber (2000, p. 33) précise néanmoins que plusieurs s'entendent pour définir l'AT en ces termes : « *a process whereby both client and therapist agree on therapeutic goals; collaborate on task designed to bring about successful outcomes; and establish a relationship based on trust, acceptance, and competence* ». Dans une perspective intégrative, notons que la méta-analyse réalisée par Martin et ses collaborateurs (2000) a permis d'identifier trois thèmes revenant dans la plupart des définitions avancées par les chercheurs. On constate que ces trois thèmes s'apparentent essentiellement aux trois dimensions évoquées précédemment (Bordin, 1979) au sujet de l'AT, soit 1) la relation de collaboration, 2) le lien affectif unissant le thérapeute et son client, 3) leur capacité à s'accorder sur les objectifs et les tâches de chacun dans la démarche.

On note également un consensus général autour de l'utilité de l'AT : elle constituerait le catalyseur par lequel s'uniraient le thérapeute et le client afin de produire un contexte dans lequel les tâches thérapeutiques peuvent favoriser le changement (Gaston, 1994). Soulignons que cette alliance peut être thérapeutique en elle-même, et par elle-même (Caillard et Chastang, 2010), dans la mesure où une bonne alliance entre le thérapeute et son client amène ce dernier à considérer la relation comme thérapeutique en soi, peu importe le type d'intervention (Martin *et al.*, 2000).

On peut d'ailleurs établir un rapprochement entre l'AT et le concept du « *holding environnement* », développé par Bowlby, concernant l'attachement (Skovolth, 2005). Le « holding » que Winnicott a aussi explicité représente la posture du thérapeute

relativement à l'expérience du lien et de l'environnement affectif offert à ses clients (Teyber, 2000). Par son attitude, le thérapeute contient émotionnellement la détresse de ses clients, par l'entremise de sa compréhension empathique et sa capacité à rendre la relation sécurisante pour eux (Caillard et Chastang, 2010).

Selon la perspective de l'attachement, le concept d'alliance est perçu en tant que « base sécurisante », puisque le thérapeute offre le contexte sécuritaire nécessaire (stabilité, cohérence, compréhension, support, etc.) afin que le client se révèle sans risque, et qu'il explore les dimensions douloureuses de sa situation (Mackie, 1981). Notons ici que le style d'attachement du client (style relationnel formé dans les premières interactions avec les parents) a une influence sur la qualité de l'AT qu'il développera avec son thérapeute (Mallinckrodt, 1991). En effet, le style d'attachement affecte la capacité à entretenir des relations réciproques, souvent en raison de la nature des modèles internes (de soi et des autres) issus des relations précoces avec les figures significatifs de l'enfance (Bowlby, 1988). À titre d'exemple, il semble que les personnes présentant un style d'attachement « sécure » sont associées à une meilleure évaluation de l'AT, que celles présentant des styles d'attachement « évitant » ou « anxieux-ambivalent » (Eames & Roth, 2000).

1.2.4 L'importance clinique de l'alliance thérapeutique

On observe un fort consensus autour de la primordialité de l'AT dans la réussite thérapeutique (Doran & Safran, 2016; Flückiger *et al.*, 2012; Bethea *et al.*, 2008; Castonguay *et al.*, 2006; Kazdin & Whitney, 2006; Safran & Muran, 2006; Lazignac *et al.*, 2005; Shirk & Karver, 2003; Fenton *et al.*, 2001; Safran *et al.*, 2001; Diamond *et al.*, 2000; Martin & Garske, 2000; Beutler, 1995). La division 29, de l'APA, s'inscrit dans cette perspective, puisqu'elle considère l'AT comme étant un des facteurs les plus importants et prometteurs en psychothérapie (Norcross, 2002).

Teyber (2000) note que pratiquement toutes les approches reconnaissent l'importance de la relation en psychothérapie, entre autres parce qu'une relation positive est indispensable afin que la thérapie se poursuive au-delà des premières rencontres, et que la qualité de la relation incite le client à s'engager activement dans le processus thérapeutique (Garfield, 1998). Cela s'applique également aux thérapies d'orientation cognitivo-comportementale, qui reconnaissent de plus en plus la centralité de l'alliance dans le processus thérapeutique (Safran & Muran, 2000a) et qui ne cessent, par conséquent, d'adapter leurs théories et leurs traitements en faveur d'une plus grande importance accordée à l'AT (D'Iuso, 2009). Cela est compréhensible puisque les recherches suggèrent, de façon répétée, que l'AT est l'indice prédictif du succès thérapeutique le plus fiable, qu'il soit question de psychothérapies d'orientation psychanalytique, cognitivo-comportementale, humaniste, éclectique, systémique, interpersonnelle, familiale, individuelle, de groupe, brève et de longue durée, etc. (Horvath *et al.*, 2011; Lusting *et al.*, 2002; Despland *et al.*, 2000; Martin *et al.*, 2000; Raue & Hayes, 1999; Saketopoulou, 1999; Horvath & Greenberg, 1994; Horvath *et al.*, 1993). De fait, la qualité de l'AT expliquerait la plus grande part du succès thérapeutique, peu importe la durée du traitement (Bioy et Bachelart, 2010; Horvath & Symonds, 1991) de même que le type de problèmes psychologiques, tel que la dépression, les troubles anxieux, les troubles de la personnalité, les abus de substances, ainsi que les désordres alimentaires (Fenton *et al.*, 2001). En fait, l'idée que le lien thérapeutique est positivement corrélé avec les résultats est si bien documentée que certains auteurs vont même jusqu'à dire que la négliger constituerait, pour ainsi dire, une faute éthique (Castonguay *et al.*, 2006).

Le lien thérapeutique n'en demeure pas moins un phénomène dynamique, qui diffère non seulement d'un système thérapeutique (ou d'une dyade) à un autre, mais aussi dans le même système, au cours de la psychothérapie (Baillargeon *et al.*, 2005), ce qui en fait un concept clinique complexe à cerner (Lubosky *et al.*, 1983).

1.2.5 L'alliance thérapeutique et le processus relationnel

Afin de mieux cerner l'importance de l'AT dans la psychothérapie, il convient de faire un détour du côté de la psychothérapie en tant que « processus relationnel ». En fait, pour mieux saisir les bienfaits que peut apporter le thérapeute à son client, il importe de garder à l'esprit que la psychothérapie est avant tout une expérience relationnelle (Norcross, 2011; Patterson & Hidore, 1997), un énoncé qui renvoie à certains grands principes développementaux humains. Notons d'abord à ce sujet que toute relation humaine comprend un lien affectif appréciable (positif ou négatif), qui offre un puissant contexte de développement psychologique (fonctionnel ou dysfonctionnel) (Delisle, 2004). Qui plus est, un développement psychologique positif et progressif est facilité par la présence de figure relationnelle apaisante et stable, qui accepte et encourage l'exploration expérientielle (Mahoney, 1991). La relation d'aide professionnelle peut ainsi offrir une base interpersonnelle inestimable, dont le client peut faire l'expérience concrète (Gabbard, 2010). Le fait de s'engager dans une relation avec un thérapeute attentif, compréhensif et capable de l'aider permet au client d'expérimenter une relation intime qui sera probablement unique dans sa vie (Mahoney, 1991), une expérience qui est thérapeutique en soi (Goldfried, 1987).

Soulignons d'ailleurs que les successions de situations heureuses et moins heureuses qui surviennent dans la relation entre le psychothérapeute et son client retiennent de plus en plus l'attention des chercheurs de diverses orientations théoriques (Chalifour, 2000). On y constate que le changement thérapeutique passe par un processus complexe et essentiellement relationnel, sur lequel se fonde l'entreprise thérapeutique (Lambert & Norcross, 2014; Chalifour, 2000; Patterson & Hidore, 1997), et que la qualité de la relation entre le thérapeute et son client est la clé principale pour aider la personne à résoudre ses difficultés (Teyber & Teyber, 2014; Tyber, 2000). C'est

pourquoi Drouin (2005) parle du lien thérapeutique comme d'une « expérience correctrice relationnelle ».

Il semble donc que ce ne soit pas tant ce que le thérapeute et le client « font » ensemble, plutôt que « comment » ils sont ensemble, qui importe dans le processus thérapeutique (Orlinsky & Ronnestad, 2005). Ce qui fait dire à Erickson que le thérapeute « traite » plus par ce qu'il « est », que par ce qu'il « fait » (David, 1987).

Notons enfin que bien que les thérapeutes se sont longtemps évertués à associer les succès de la psychothérapie à l'efficacité de techniques dites spécifiques, il y a longtemps que les études ont démontré que les clients attribuent presque toujours les résultats de leur démarche thérapeutique à l'influence de facteurs relationnels (Lecomte, 1987b). Cela a changé, puisque les thérapeutes d'expérience perçoivent maintenant la qualité de la relation comme une composante importante, sinon la plus importante, de la réussite thérapeutique (Nissens-lie *et al.*, 2015; Del Rea *et al.*, 2012; Horvath *et al.*, 2011; Safran & Muran, 2011; Horvath & Bedi, 2002).

Ceci dit, on comprend mieux comment la qualité du lien thérapeutique entre le thérapeute et son client qui s'établit dès les premières séances constitue un excellent facteur de prédiction concernant les chances du succès thérapeutique (Lecomte *et al.*, 2004). Il existe d'ailleurs un support empirique considérable appuyant l'idée que le thérapeute a tout intérêt à prioriser l'établissement de l'AT dès la phase d'amorce de la thérapie (Doran *et al.*, 2017; Muran &Barber, 2011; Horvath & Bedi, 2002; Chalifour, 2000; Teyber, 2000; Gelso & Carter, 1985; Luborsky *et al.*, 1976).

Cela ne signifie pas que la qualité des techniques ou des interventions utilisées doive être négligée, ce qui serait certes fort réducteur (Orlinsky *et al.*, 2004; Bordin, 1983). Un tel énoncé rappelle simplement que ces aspects ne doivent pas être perçus comme une panacée, ou encore comme l'outil principal du changement thérapeutique

(Goldfried, 1987), puisqu'ils possèdent moins d'influence que le facteur relationnel (Lambert & Ogles, 2004). On comprend dès lors que l'AT requiert d'être d'abord forgée (ce qui nécessite un accord mutuel au regard des stratégies qui seront déployées dans le cadre de la thérapie) et qu'ensuite seulement, des interventions à caractère proprement thérapeutique peuvent être implantées (Horvath & Bedi, 2002). Autrement dit, le thérapeute doit se préoccuper de « bâtir » la relation avec son client avant de penser aux moyens et aux techniques auxquels il aura recours afin d'atteindre les objectifs (Bioy et Bachelart, 2010).

Par contre, tel que le rappelle Drouin (2005), bien que la thérapie soit avant tout une expérience relationnelle et non pas un cours sur la psychologie humaine, l'anxiété peut conduire le thérapeute novice à se réfugier du côté de la théorie ou d'aspects plus didactiques, plutôt que d'entrer en relation avec ses clients. Cela apparaît comme étant un réflexe normal de la part du thérapeute débutant, mais peut avoir des conséquences sur la construction de son lien avec ses clients (Skovholt & Rønnestad, 2003). Après tout, comme le décrivent Lecomte et ses collègues (2004, p. 93) : « dans sa quête de compétence et d'identité professionnelles, le futur psychothérapeute passe généralement par une étape de recherche et d'appuis techniques et théoriques pour graduellement découvrir la centralité de la relation thérapeutique ».

1.2.6 Les facteurs constitutifs de l'alliance thérapeutique

La prépondérance de l'AT dans la réussite thérapeutique suggère un amalgame complexe entre les impacts des modalités de traitement (techniques et interventions), ainsi que les caractéristiques du thérapeute, du client et du lien qu'ils développent entre eux (Fife *et al.*, 2014; Norcross, 2002). Comme le soulignent Lecomte et ses collaborateurs (2004, p. 96) : « le cœur de tout processus thérapeutique semble reposer sur la régulation d'un dialogue émotionnel entre deux personnes leur

permettant d'effectuer des tâches thérapeutiques liées à des objectifs ». La relation entre deux systèmes (celui du client et celui du thérapeute) implique toutefois un ensemble de variables tout aussi vaste que subtil, allant des sentiments aux pensées, en passant par les représentations et les prédispositions de réponses que chacun entretient à l'égard de l'autre (Nissens-lie *et al.*, 2015; Baillargeon *et al.*, 2005). C'est au cœur de cette interface que s'articulera la capacité d'investissement et de collaboration mutuelle des deux systèmes afin d'atteindre les objectifs visés par la démarche de psychothérapie (Pinsof, 1995). Bref, l'AT est composée de ces aspects de la relation entre les systèmes du thérapeute et du client (Baillargeon *et al.*, 2005), et les caractéristiques de chaque participant engagé dans la relation peuvent ainsi avoir un impact sur la formation de l'AT (Kokotovic & Tracey, 1990).

Les études révèlent d'ailleurs que de nombreux facteurs interagiraient de manière positive ou négative dans l'établissement de l'AT (Bordin, 1994). Plusieurs recherches empiriques ont effectivement été conduites au sujet des aspects techniques et relationnels de l'AT, au cours des deux dernières décennies, qu'il soit question du lien entre l'AT et le succès de la thérapie, ou encore de l'influence des caractéristiques personnelles des clients et des thérapeutes sur la construction du lien thérapeutique (Flückiger *et al.*, 2012; Hillard *et al.*, 2000; Martin *et al.*, 2000; Barber *et al.*, 1999; Horvath & Greenberg, 1994; Horvath & Luborsky, 1993; Horvath & Symonds, 1991). L'envergure de l'impact de l'alliance dépendrait ainsi, en partie, de la perception qu'en a le client (Ackerman & Hilsenroth, 2002; Kokotovic & Tracey, 1990), notamment en ce qui concerne un point central : sa perception de son thérapeute (Garfield, 1998).

Des aspects tels que l'âge du client, son éducation, sa capacité à faire confiance, son niveau d'hostilité, ou encore son appartenance à une minorité ethnique, représentent aussi des facteurs pouvant influencer le processus de développement de l'AT, particulièrement au niveau de la tâche (Bateman & Fonagy, 2000; Brogan *et al.*,

1999; Bordin, 1994). Il en va de même concernant ses attentes relationnelles, son espérance au sujet de la thérapie, la qualité de ses relations interpersonnelles (Connolly *et al.*, 2003; Kokotovic & Tracey, 1990), sa capacité à s'attacher aux autres (Gelso & Carter, 1985), à s'engager personnellement dans la thérapie, à participer (Connolly *et al.*, 2003), de même que son degré de motivation (Gonzalez, 2001). Soulignons enfin que les clientes de sexe féminin seraient enclines à former une AT plus solide avec leur thérapeute que les clients de sexe masculin (Connolly, 2003).

Pour ce qui est du thérapeute, il semble que les éléments intervenant le plus positivement dans le développement de l'alliance renvoient principalement à ses compétences et à ses attitudes (Del Rea *et al.*, 2012; Hersoug *et al.*, 2001), par exemple sa capacité à établir une relation égalitaire et sécuritaire, son respect, sa chaleur, sa fiabilité, sa flexibilité, sa tolérance et sa bienveillance (Ackerman & Hilsenroth, 2003; Strupp, 1986), ainsi que ses habiletés relationnelles (Kaufman, 2000). Ackerman & Hilsenroth (2003) ont également constaté que l'utilisation de certaines techniques, telles que l'écoute empathique, l'exploration, et l'incitation à l'expression des émotions ont une forte influence sur la construction d'une AT de qualité. Il semble en outre que les clients préfèrent les thérapeutes plus activement impliqués dans la psychothérapie que ceux qui se montrent plus silencieux et retirés (Hasoug *et al.*, 2009), et qu'une adhérence trop stricte au protocole d'intervention pourrait avoir une incidence négative sur la formation de l'alliance (Castonguay *et al.*, 1996). Notons enfin l'influence du nombre d'années d'expérience que possède le thérapeute (Kokotovic & Tracey, 1990), ainsi que sa manière de fixer des buts (Strupp, 1986), ce qui a conduit cet auteur à diviser l'influence du thérapeute sur la construction de l'AT en deux composantes, soit : 1) les facteurs spécifiques (techniques utilisées par le thérapeute, niveau d'expérience…), 2) les facteurs non spécifiques (acceptation, tolérance, bienveillance…).

On constate donc que plusieurs paramètres entrent en ligne de compte, lorsqu'il est question de la construction de la relation thérapeutique (Despland *et al.*, 2000), ce qui est normal, considérant le contexte profondément intersubjectif de la psychothérapie (Buirski & Haglund, 2001). C'est pourquoi il convient de tenir compte de la manière dont le thérapeute et son client sont « assortis » (Hartley & Strupp,1983), c'est-à-dire d'appréhender la qualité de leur lien en tant que dyade (Buirski & Haglund, 2001). On comprend dès lors que l'AT et les interventions du thérapeute sont des variables tout aussi fortement interreliées, qu'interdépendantes (Castonguay *et al.*, 2006). Diverses recherches, comme celle de Crits-Christoph *et al.* (1993), ont d'ailleurs démontré que l'habileté à maintenir une alliance positive durant le traitement est en lien direct avec les interventions conduites par le thérapeute.

Sur un plan plus technique, nous avons déjà mentionné que l'AT réfère à un travail de collaboration étant souvent abordée en fonction de trois composantes déterminantes dans la qualité de l'alliance de travail, soit : 1) l'entente et la compréhension mutuelle qui existent entre le thérapeute et son client concernant les objectifs que la démarche doit viser, 2) les rôles et les tâches que chacun assumera afin d'atteindre ces objectifs, et 3) le lien affectif (émotionnel) qui unit les deux partenaires afin de rendre le changement possible (Teyber, 2000). C'est pourquoi nous proposons de nous en tenir, pour cet essai, à ces trois composantes fondamentales identifiées par Bordin (1979), qui, dans la lignée des travaux de Greenson, entrevoyait l'AT comme un processus de collaboration permettant d'accéder au changement. Notons que ces trois dimensions doivent être envisagées comme des notions non seulement « dynamiques » et « processuelles », mais aussi « intersubjectives », puisque perpétuellement en co-construction entre le thérapeute et son client (Baillargeon *et al.*, 2005).

1. L'entente sur les objectifs

Selon Bordin (1979), peu importe le genre de thérapie (brève ou longue, individuelle, familiale, ou de groupe) dont il est question, aucun changement n'est possible sans un degré d'accord et de compréhension minimum concernant les conditions impliquées dans la démarche. Cela passe nécessairement par une entente mutuelle claire au sujet des buts à atteindre, c'est-à-dire sur ce que le client peut retirer de la démarche, qu'il soit question de comportements, d'émotions ou de pensées (Bordin, 1983). Il importe alors que le thérapeute et le client puissent circonscrire conjointement la problématique, en vue de pouvoir identifier les buts à atteindre, par l'entremise de la démarche psychologique (Goudreau *et al.*, 2001).

2. L'entente sur les rôles/tâches

La qualité de l'AT dépend également d'une bonne compréhension mutuelle relativement aux rôles que chacun occupera dans la démarche ainsi que les tâches qui seront entreprises afin d'atteindre les objectifs antérieurement identifiés (Bordin, 1979). Ces rôles/tâches vont conditionner ce qui est attendu de part et d'autre. Par exemple, il importera de préciser les tâches qui reviennent au client invité à faire de l'association libre (en psychodynamique), tenir un journal de bord (en cognitivo-comportementale), ou encore s'adonner à un dialogue à chaise vide (humanisme). Le même degré d'accord devra exister quant aux tâches du thérapeute afin d'aider le client, par exemple en maintenant une attention flottante, en fournissant de la rétroaction, ou encore en suggérant des objets d'investigation pour l'accomplissement d'un dialogue à deux chaises (Bordin, 1983).

Précisons que les deux dimensions abordées jusqu'à présent (entente sur les objectifs et sur les rôles/tâches) réfèrent à ce qu'on pourrait nommer le consensus sur la stratégie de travail. Cette notion implique une concordance entre la vision du

thérapeute et celle de son client (tant en ce qui concerne la façon de procéder, que ce que le travail thérapeutique doit viser), en même temps qu'un effort commun afin de parvenir aux objectifs fixés (Gaston, 1991).

3. Le lien affectif (émotionnel)

Toute entreprise commune suggère la notion de « lien ». Il en va de même pour la démarche de psychothérapie qui, nonobstant l'approche théorique, gravite inévitablement autour du sentiment de confiance et du lien que chacun des partenaires entretient envers l'autre (Bordin, 1979). C'est sur ce lien affectif qui existe entre le thérapeute et son client que vont reposer l'accomplissement des tâches et la poursuite des buts (Boutin, 2005). L'AT est donc difficilement possible sans un minimum de confiance, d'acceptation et de respect mutuel entre le thérapeute et son client (Jacobs, 2000).

La qualité du lien dépend bien sûr d'un ensemble de facteurs, comme le temps que le thérapeute et le client passent ensemble, les caractéristiques personnelles de chacune des parties impliquées, le degré d'intimité, la compréhension et le souci de chacun envers l'autre, etc. (Horvath *et al.*, 2011; Horvath & Bordin, 2002; Hersoug *et al.*, 2001). Le lien thérapeutique se veut également représentatif de la manière dont le thérapeute et son client sont ensemble, ainsi que de leur engagement socio-affectif respectif dans la démarche (Orlinsky *et al.*, 2004).

Rajoutons que les trois dimensions dont il est ici question (les objectifs, les rôles/tâches, et le lien) se regroupent sous le giron de la *collaboration*, c'est-à-dire le sentiment de partenariat qui unit le thérapeute et son client et qui les incite à s'engager, mutuellement, dans la prise de responsabilités menant à l'atteinte des objectifs (Horvath, 2001). Bordin (1979) la considérait d'ailleurs comme l'élément central du concept d'AT, avant même l'initiation des changements thérapeutiques

(Caillard et Chastang, 2010). En effet, une bonne collaboration entre le thérapeute et le client représente, à ses yeux, la pierre d'assise d'une alliance efficace, puisqu'elle favorise la mise en place des conditions nécessaires pour le dévoilement du client, ainsi que son adhésion à la démarche, par la même occasion (Bioy et Bachelart, 2010; Asay & Lambert, 2001).

Une telle affirmation soutient fort bien à quel point ces trois composantes s'entremêlent et s'inter-influencent continuellement, tout au long du processus thérapeutique, pour former la qualité de l'AT (Bordin, 1994). En effet, en sollicitant activement le point de vue du client (tant au sujet des objectifs que des tâches), le thérapeute favorise l'appropriation de la démarche par son client (puisque ce dernier peut alors adapter les suggestions à sa propre situation), ainsi que son degré de collaboration (Goudreau et Côté, 2001). Cela permet, en même temps, d'augmenter le niveau d'engagement du client dans la psychothérapie (étant donné que ce dernier se sent sollicité, il devient plus actif), tout en renforçant le lien qui l'unit à son thérapeute (Bioy et Bachelart, 2010). Or, cet heureux mélange contribue à permettre au client de croire que ses efforts et ses sacrifices (temps, argent, etc.) lui permettront d'aspirer à un changement (ce qui l'incite à poursuivre son travail, malgré les difficultés et les souffrances), en même temps que de concevoir la thérapie en tant qu'expérience bénéfique, qu'il partage avec une personne en qui il peut avoir confiance, et avec qui il développe une relation saine et durable (Gaston, 1991).

Parcourir ces trois composantes de l'AT nous permet également de mieux saisir à quel point ce concept se veut interactif (Caillard et Chastang, 2010), intersubjectif (Buirski & Haglund, 2001) et dynamique (Baillargeon *et al.*, 2005), étant donné que la qualité de cette alliance dépend à la fois de la contribution du thérapeute et de celle de son client, les deux possédant une influence mutuelle tant sur sa création, que son développement ou son maintien (Horvath & Bedi, 2002). Bref, au cœur de toute psychothérapie, on trouve au moins deux personnes, et chacun contribue autant au

déroulement qu'aux résultats de la démarche (Khan, 1996). Le concept d'AT se fonde dès lors sur un lien affectif de confiance, de respect et d'acceptation mutuelle entre le thérapeute et son client (Caillard et Chastang, 2010), ce qui rend possible le travail thérapeutique (Safran & Muran, 2006, 2000a).

1.2.7 Évaluer l'alliance thérapeutique

Il existe un bon nombre de mesures différentes afin d'évaluer l'AT ainsi que la qualité de la relation thérapeutique, telles que l'*Alliance Negociating Scale* (ANS) (Doran *et al.*, 2016), la *Working Alliance Inventory* (WAI) (Horvath & Greenberg, 1986), le *Barrett-Lennard Relationship Inventory* (Barrett-Lennard, 1962), la *California Psychotherapy Alliance Scales* (CALPAS) (Marmar, 1991), et la *Scale To Assess Relationships* (STAR) (*McGuire-Snieckus et al.*, 2007), un outil spécifiquement conçu afin d'évaluer la relation thérapeutique dans le domaine de la santé mentale (Horvath & Bedi, 2002). Du nombre, il semble que la *Working Alliance Inventory* est l'instrument de mesure le plus populaire afin de porter un jugement sur la qualité de l'AT, notamment en raison de sa simplicité et de sa rapidité d'administration, mais aussi de sa pertinence sur le plan empirique (Hanson *et al.*, 2002). Cet outil comporte également l'avantage de s'appliquer à diverses formes de thérapies, étant donné qu'il a été conçu de manière à mesurer les facteurs communs sous-jacents aux techniques utilisées dans le processus thérapeutique (Howgego *et al.*, 2003). Mentionnons que cet instrument a été conceptualisé par Horvath et Greenberg (1986), sur la base du modèle théorique de Bordin (1979), que nous avons étayé précédemment, concernant l'accord au sujet des objectifs et des rôles/tâches, ainsi que la qualité du lien (Howgego *et al.*, 2003).

Soulignons en outre que la manière d'évaluer l'AT de ces différents outils varie en fonction de divers aspects, tels que la définition du construit adoptée par les

chercheurs, le rôle qu'on lui accorde dans la thérapie, ou encore la source la plus appropriée pour son évaluation (c'est-à-dire en fonction de la perspective du client, du thérapeute ou des juges extérieurs) (Norcross, 2002). Néanmoins, quatre composantes de l'AT sont habituellement prises en compte par les différentes échelles de mesure afin d'évaluer le lien thérapeutique (Gaston, 1994). Il s'agit de : 1) la relation affective du client envers le thérapeute, 2) la capacité du client de travailler consciencieusement en thérapie, 3) l'implication et la compréhension empathique du thérapeute, 4) l'accord mutuel entre le client et le thérapeute concernant les objectifs et les rôles/tâches de la thérapie (Lambert & Ogles, 2004).

Sur le plan de l'évaluation, on sait que l'habileté du thérapeute à former une alliance de travail de qualité dès la phase précoce constitue un indicateur important du succès de la démarche, tant en ce qui concerne les thérapies brèves que longues (Doran *et al.*, 2017; Hersoug *et al.*, 2009, 2001; Teyber, 2000). De même, une AT fragile durant les sessions initiales se veut un indice de mauvais résultats (Gelso & Carter, 1985). Plus spécifiquement, la période entre les troisième et cinquième séances de thérapie représente une fenêtre « critique », car si l'AT ne s'est pas encore solidifiée rendu à ce terme, la probabilité de succès de la démarche s'en trouve considérablement diminuée (Horvath & Bedi, 2002; Horvath, 2000). La mesure de l'AT durant cette période constitue ainsi l'indicateur le plus fiable afin de prédire le résultat de la psychothérapie (Hersoug *et al.*, 2002; Barber *et al.*, 1999; Crits-Christoph *et al.*, 1999; Castonguay *et al.*, 1996). Évaluer la qualité de l'AT avant la troisième séance serait non pertinent, puisque celle-ci n'est pas encore bien établie (Barber *et al.*, 2000; Gaston *et al.*, 1998).

Il semble que la personne qui porte un jugement sur la qualité de l'AT puisse également avoir une incidence sur la relation alliance/résultat (Berzins, 2008). En effet, on remarque une différence, selon que le rôle d'évaluateur est assumé par le thérapeute, les clients, ou encore des observateurs externes (Bachelor, 1995). À titre

d'exemple, Ogrodniczuk et ses collaborateurs (2000) ont observé que les clients ont tendance à évaluer la qualité de l'AT plus positivement que les thérapeutes ou les observateurs qui eux, font preuve de plus de conservatisme dans leur jugement, possiblement du fait qu'ils sont plus habitués. Notons toutefois que la perception des clients au sujet à la qualité de l'AT est légèrement plus prédictive du résultat de la démarche, que celle des thérapeutes ou des observateurs extérieurs (Hersoug *et al.*, 2001; Martin *et al.*, 2000; Bachelor, 1995; Horvath *et al.*, 1991).

Peu de recherches ont été entreprises afin de mesurer la relation entre le nombre d'années d'expérience des thérapeutes et leur manière de construire l'AT (Berzins, 2008; Hersoug *et al.*, 2000). Mallinckrodt & Nelson (1991) ont établi une relation entre le niveau d'expérience clinique du thérapeute et son efficacité à construire une meilleure AT. Ces chercheurs ont expliqué de tels résultats en suggérant que la formation du lien thérapeutique représente une tâche complexe, et que le thérapeute novice ne possède possiblement pas encore suffisamment bien la maîtrise des techniques nécessaires à la construction d'une alliance de travail solide. Les travaux de Crits-Christoph et ses collaborateurs (1993) supportent également l'hypothèse que les années d'expérience constituent une composante importante dans le développement et le maintien de l'AT.

Les recherches de Davenport & Ratliff (2001) ont aussi confirmé que le degré d'expérience des thérapeutes novices est positivement associé à leurs résultats en matière de construction de l'AT. Ces auteurs ont notamment constaté que les thérapeutes avec moins d'heures de contact-client recevaient une moins bonne évaluation concernant leurs habiletés à former une AT de qualité que ceux qui avaient complété leur programme d'étude. Ils notent aux termes de leur recherche : « *this investigation supported the contention that clinical training is predictive of alliance formation, consequently strengthening previous findings that consistently and*

positively linked the relationship between clinical experience and alliance » (Davenport & Ratliff, 2001, p. 451).

Les recherches de Hilsenroth et ses collaborateurs (2002) appuient également la relation entre l'expérience du thérapeute et la formation de l'AT. Les résultats de leur étude ont permis de faire ressortir que des étudiants qui avaient bénéficié d'une formation plus poussée en matière d'AT (*structured training in Lubosky's core conflictual relationship themes*) ont reçu de meilleures évaluations de la part de leurs clients, sur ce plan, que ceux qui n'avaient pas bénéficié de la formation.

1.2.3 Les ruptures d'alliance

La démonstration empirique de l'importance de l'AT a jeté les assises pour la prochaine vague de recherche concernant le champ de l'AT, soit les RA et leur réparation (Aspland *et al.*, 2008).

Selon la perspective psychodynamique, dérivée de la psychanalyse classique, les impasses thérapeutiques étaient généralement perçues comme étant une forme de résistance de la part du patient (Safran & Muran, 2000a). Dans ce paradigme de psychologie de l'ego, les ruptures de lien étaient alors interprétées comme une forme d'opposition à l'influence du thérapeute (Beutler *et al.*, 2001), un refus de coopérer ou de changer qui contribue à freiner le processus thérapeutique (Greenson, 1976).

Plusieurs s'accordent toutefois maintenant pour dire que les impasses thérapeutiques représentent d'excellentes fenêtres d'opportunité pour accéder aux schémas relationnels du client, plutôt que des obstacles à surmonter (Safran & Muran, 2000a). Stolorow et ses collaborateurs (1994) illustrent bien ce changement de paradigme, c'est-à-dire le passage de la psychologie à une personne (psychologie de l'ego) à la

psychologie à deux personnes (psychologie du soi), lorsqu'ils affirment que les impasses thérapeutiques sont « la voie royale de la compréhension analytique ». Cette position n'est d'ailleurs pas nouvelle car, déjà, en 1932, Ferenzi laissait entendre que la thérapie implique souvent une « reconstitution » du passé développemental traumatique du patient dans un contexte où le thérapeute est appelé à jouer le rôle de protagoniste. De ce point de vue, une part critique du processus de changement suggère donc que le thérapeute soit en mesure de reconnaître sa contribution dans l'interaction avec son client, et de lui transmettre, ce qui constitue pour celui-ci une nouvelle expérience relationnelle (Safran & Kraus, 2014; Safran & Muran, 2000a).

Le phénomène de RA est donc abordé selon une perspective d'intersubjectivité, c'est-à-dire selon une vision de mutualité et de réciprocité des processus relationnels d'influence (Lecomte et Richard, 2003). Cela signifie que les phénomènes psychiques ne sont plus appréhendés comme se déroulant à l'intérieur du client, mais plutôt comme faisant partie d'un vécu relationnel (interaction de deux mondes subjectifs). Une telle posture oblige la prise en compte de la contribution inévitable du monde des expériences du thérapeute dans les RA, puisque ce dernier est, tout autant que le client, un observateur pleinement participant (Safran & Muran, 2000b). Un principe central de la négociation de l'alliance apparaît d'ailleurs être la capacité empathique-introspective du thérapeute à reconnaître, au moyen de la conscience réflexive, l'implication de sa propre subjectivité (Buirski & Haglund, 2001). Cet accordage empathique du thérapeute à l'expérience subjective du patient servirait notamment à modifier les croyances pathologiques du client, celles-ci n'étant plus confirmées par la réponse habituellement anticipée par le patient (Bordin, 1994).

1.2.4 Définir les ruptures d'alliance

Les travaux de Safran & Muran (2011, 2006, 2000a, 1996) ont permis de constater que la négociation des RA se trouve au cœur du processus de changement. Le fait de négliger le lien thérapeutique peut conduire à des impasses relationnelles, que l'on désigne également comme des *ruptures d'alliance* (Baillargeon et al, 2003). Safran & Muran (2000a, p. 236) définissent les RA comme étant : « *a tension or breakdown in the collaboration relationship between patient and therapist* ». Ces auteurs décrivent un phénomène multimodal pouvant varier en intensité, en durée et en fréquence (Safran & Muran, 1996). Pour eux, la RA peut prendre la forme d'un bris de collaboration, d'un appauvrissement de la relation, d'une détérioration de la communication ou d'un échec du développement d'un processus collaboratif essentiel, des situations pouvant mener à la terminaison de la démarche thérapeutique (Safran & Muran, 1996). De leur côté, Aspland et ses collaborateurs (2008, p. 701) présentent la RA comme étant : « *an emotional disconnection creating a negative shift in the quality of the therapeutic alliance* ».

On reconnaît généralement deux formes de RA : a) la *rupture de retrait/conformité* et b) la *rupture de confrontation* (Safran & Muran, 2011, 2006, 2000a). La rupture de retrait/conformité prend place lorsque le client se retire, ou qu'il se désengage partiellement de la relation thérapeutique (Aspland *et al.*, 2008). Ce dernier pourra, par exemple, exprimer des inquiétudes (ou des insatisfactions), de façon plus ou moins vague et indirecte, ou encore ne rien dire et se conformer au désir du thérapeute. On observera alors chez le client des attitudes d'*évitement* (retrait, passivité, apathie, indifférence, nonchalance, impassibilité, silence, distance émotionnelle, etc.) ou de *conformité* (manipulation, dissimulation, simulation, etc.), ce qui peut conduire le thérapeute à croire en une *pseudo-alliance* (Safran & Muran, 2000a). La rupture de confrontation est plus directe. Le client fera connaître son

mécontentement de manière sensiblement *franche et ouverte*[5], sous un mode d'attaque (critique, hostilité, agressivité, provocation, opposition, contestation, etc. seront alors à l'avant-plan) (Lecomte, 2007).

Notons ici que ces RA se perçoivent en fonction de divers indices, que l'on identifie comme étant des « marqueurs » (Safran & Muran, 2000a). Ceux-ci diffèrent en fonction du type de ruptures. Des marqueurs de « retrait/conformité » se présenteraient notamment sous la forme de *déni* (le client nie ressentir de la colère), de *réponse minimale* (le client répond aux questions exploratoires du thérapeute par des réponses courtes et peu investies), de *changement du sujet* (le client en train d'explorer une situation va soudainement s'intéresser à quelque chose qui a peu ou pas à voir avec cette situation), d'*intellectualisation* (le client va faire part d'une expérience douloureuse de manière détachée, cérébrale), d'*anecdotes* (le client va utiliser quantité de détails pour rapporter une situation), ou en *parlant d'autrui* (le client passe un temps disproportionné à parler des autres et de ce qu'ils font). Les marqueurs de « confrontation » s'observent chez le client lorsque ce dernier va se plaindre au sujet du *thérapeute en tant que personne* (le client va s'en prendre à la réserve du thérapeute à répondre à une question en le blâmant de passivité), des *compétences du thérapeute* (le client trouve les remarques du thérapeute inutile et questionne ses habiletés), des *actions du thérapeute* (le client devient irrité par les questions exploratoires du thérapeute au sujet de son expérience affective), du fait d'*être en thérapie* (le client va confronter le thérapeute sur la pertinence de poursuivre la démarche), des *paramètres de la thérapie* (le client va se plaindre des inconvénients de l'heure des rencontres), ou des *progrès de la thérapie* (le client va se plaindre du manque d'amélioration significative de la démarche).

---

[5] Précisons que la rupture de confrontation est sous-entendu essentiellement par la colère (voire l'agressivité, l'irritation, l'insatisfaction, etc.) et qu'en ce sens, même si la source de désaccord n'est pas nécessairement nommée de manière précise (le client peut notamment se montrer agressif pour un élément périphérique à la véritable source de sa frustration), c'est essentiellement à ce type d'émotion (et aux sentiments connexes) qu'on rattache la rupture de confrontation.

Mentionnons enfin qu'en reprenant les trois composantes de l'AT de Bordin (1983) énumérées dans la section précédente, on peut aussi comprendre les RA comme étant une conséquence de trois types de situations survenant entre le thérapeute et son client, soit : 1) un désaccord concernant les objectifs du traitement, 2) un désaccord concernant les rôles/tâches de chacun dans le traitement ou 3) une tension dans le lien (Samstag *et al.*, 2004).

1.2.5 Les impacts des ruptures d'alliance

Il semble qu'un travail ouvert et non défensif sur les RA permette à la relation de se « rétablir », ce qui favorise l'expérience correctrice pour le client (Bordin, 1994). Étant donné que l'AT n'est pas un phénomène fixe, mais plutôt une courbe qui fluctue tout au cours de la démarche thérapeutique (Sprenkle *et al.*, 2009), il importe que le thérapeute soit en mesure de reconnaître les moments de rupture de lien entre lui et son client (Stiles *et al.*, 2004), surtout que la rencontre entre son expérience subjective et celle de son client conduit inévitablement à des moments de tension pouvant conduire à des abandons thérapeutiques, s'ils ne sont pas reconnus (Aspland, 2008; Lecomte, 2007). Cela constitue toutefois une tâche complexe (Safran & Kraus, 2014; Safran & Muran, 2011, 2006, 2000a, 1996).

D'une part, les *marqueurs* de RA sont parfois très subtils; ils peuvent donc facilement échapper aux thérapeutes (Eubanks-Carter *et al.*, 2015; Derisley & Reynold, 2000). À titre d'exemple, il semble que 65% des clients ne font pas directement mention de leurs insatisfactions (Hill *et al.*, 1996) et que dans seulement 27% des cas, les thérapeutes relèvent des marqueurs témoignant de RA (Rennie, 1994). Il faut se souvenir que plus l'AT est positive, moins il y a d'abandons thérapeutiques (Raue & Goldfried, 1994) et que tout près de 50 % de ceux-ci sont dus à des tensions relationnelles (Lecomte, 2007). Il importe également de souligner que le taux

d'abandon prématuré varie de 40 à 67 %, en thérapie, selon les problématiques du client (Clarkin & Levy; 2004) mais que, trop souvent, les thérapeutes ne découvrent les marqueurs de ruptures qu'au moment de la terminaison précipitée (Safran *et al.*, 2001). Ajoutons enfin que la détection des marqueurs ne signifie pas qu'ils seront abordés et travaillés de manière profitable pour autant (Sprenkle *et al.*, 2009).

D'autre part, un grand nombre de thérapeutes éprouvent de grandes difficultés lorsqu'ils vivent des situations tendues ou conflictuelles avec leurs clients (Binder & Strupp, 1997), particulièrement lorsque ces derniers démontrent des signes de colère ou d'hostilité (Lecomte, 2010; Najavits, 2000; Matsakis, 1998). Cela est tout particulièrement significatif puisque la plupart des impasses reposent sur des expériences de dérégulation émotionnelle (Lecomte, 2009), c'est-à-dire que si le thérapeute ne parvient pas à recevoir la charge affective de ses clients, ou qu'il n'arrive pas à réguler adéquatement ses propres émotions, cela peut générer des RA menant à l'impasse thérapeutique (Doran & Safran, 2016; Ackerman & Hilsenroth, 2003; Safran & Muran, 1996). Le client pourra alors réagir par le retrait ou la colère, en passant par l'évitement ou l'abandon thérapeutique prématuré (Lecomte *et al.*, 2004).

L'apprentissage de la régulation des émotions constitue d'ailleurs un important défi pour le thérapeute, surtout lorsqu'il est question de critiques ou d'hostilité de la part des clients (Norcross 2007). On distingue deux types d'hostilité : a) l'hostilité explicite (qui est exprimée ouvertement, de manière franche, par le client), et b) l'hostilité implicite (qui constitue une colère plus subtile, pressentie par le thérapeute). On comprend que le travail thérapeutique est mis en péril lorsque des affects ou des éléments de transfert négatif prennent place dans la relation, par exemple quand le client remet en question les habiletés professionnelles de son thérapeute, qu'il lui tient un discours méprisant ou dénigrant sur sa personne, ou qu'il

se fâche tout bonnement après lui (Hill *et al.*, 2003; Safran & Muran, 2000a; Strupp, 1993).

L'hostilité des clients représente d'ailleurs un des affects les plus menaçants pour les thérapeutes novices (Sharkin & Gelso, 1993; Davis *et al.*, 1985). Il semble que ceux-ci aient moins de difficulté à composer avec l'hostilité de leurs clients lorsqu'elle n'est pas dirigée contre eux (Bandura *et al.*, 1960), mais que dans le cas contraire, cette hostilité du client a pour effet d'engendrer une anxiété telle que cela les inciterait à adopter un comportement d'évitement (Luborsky, 1972; Reich, 1951). Ajoutons que le fait de réagir eux-mêmes par de la colère est associé à de faibles taux de réussite thérapeutique (Henry *et al.*, 1993; Coady, 1991).

Il va sans dire que les critiques et l'hostilité peuvent engendrer des sentiments de dépréciation et d'incompétence qui affectent considérablement la capacité des thérapeutes à réguler leurs émotions (Sharkin & Gelso, 1993). Les sentiments de doute et d'incompétence font d'ailleurs partie des émotions à la fois les plus éprouvantes, et les plus destructives pour ceux-ci (Dryden, 1992), puisque qu'ils engendrent une perte de confiance tant envers leur efficacité, que leurs habiletés et leur jugement clinique (Thériault *et al.*, 2009; Thériault et Gazzola, 2005). Il semble toutefois que les thérapeutes expérimentés réagissent mieux à ce genre d'affects (Hill *et al.*, 1996). Notons aussi que les psychothérapeutes efficaces parviennent non seulement à reconnaître l'existence des impasses relationnelles (Safran & Kraus, 2014), mais aussi à les négocier selon un mode de mutualité et d'intersubjectivité (Lecomte, 2007). Il importe également de préciser que la négociation constante des RA représente une occasion unique de levier thérapeutique jouant un rôle central dans le changement thérapeutique (Doran *et al.*, 2017, Safran *et al.*, 2015; Safran & Muran, 2011, 2006, 2000a, 1996). D'un côté, permettre au client d'exprimer des insatisfactions dans un climat sécuritaire serait un élément profitable pour son cheminement (Safran & Kraus, 2014; Safran & Muran, 2011, 2006, 2000a, 1996;

Aspland, 2008). De l'autre, un tel contexte d'accueil des affects négatifs du client favorise la consolidation de l'AT (Doran *et al.*, 2017; Rhodes *et al.*, 1994).

Ainsi, la charge d'affects négatifs que porte le client peut engendrer des sentiments négatifs chez le thérapeute (tels que la colère, la honte, l'anxiété, etc.), ce qui le conduit parfois à réagir de manière contre-productive (Safran & Muran, 2000a), par exemple en se retirant, ou en adhérent de manière trop rigide aux techniques d'intervention (une réaction courante chez les thérapeutes devant faire face à des RA), ce qui influence négativement la formation de l'alliance et les résultats de la démarche (Castonguay *et al.*, 1996). Ce genre de réactions contribue effectivement à renforcer le cycle de RA (retrait/conformité, confrontation) conduisant aux impasses relationnelles et cela augmente, par le fait même, le risque de terminaisons unilatérales et d'abandons thérapeutiques prématurés (Safran & Muran, 2000a, 1996). Considérant ce qui précède, on comprend que l'apprentissage de l'autorégulation des émotions négatives représente un élément fondamental dans le développement de la compétence professionnelle du thérapeute (Eubanks-Carter *et al.*, 2015; Skovholt & Ronnestad, 2003).

Soulignons enfin que diverses études indiquent que l'attitude du thérapeute envers lui-même influence la construction de l'AT et le risque de RA (Hillard *et al.*, 2000; Henry *et al.*, 1986). À titre d'exemple, on constate que les thérapeutes qui ont internalisé une représentation négative envers le Soi sont plus aptes à faire montre d'hostilité dans le processus relationnel avec leurs clients. Ces travaux ont également mis en lumière que les programmes de formation promouvant une plus grande acceptation de soi faciliteraient le travail de négociation des RA par le thérapeute. Comme le notent Safran & Muran (2006, p 288) : « *it is consistent with clinical theory that suggests that the capacity for self-acceptance plays a critical role in allowing therapists to use their countertransference experience as a source of important information rather than acting it out* ».

1.2.6 Négocier les ruptures d'alliance

De nombreux travaux de recherche (Doran *et al.*, 2017; Safran *et al.* 2015; Safran & Muran, 2011, 2006, 2000a, 2000b, 1996; Safran *et al.*, 2009; Hillard *et al.*, 2000; Hill *et al.*, 1996; ; Rhodes *et al.*, 1994; Lansford, 1986; Foreman & Marmar, 1985) confirment la nécessité, pour le thérapeute, de savoir composer de manière profitable avec les RA. Safran et ses collaborateurs (2011, 2001) se sont intéressés à ces travaux, ce qui leur a permis de rassembler cinq éléments que les thérapeutes ont tout intérêt à garder à l'esprit au sujet du processus de réparation des RA:

1. Les clients éprouvent souvent des émotions négatives au sujet de la thérapie (ou du lien thérapeutique) et ils sont réticents à aborder ces thèmes parce qu'ils craignent les réactions du thérapeute. Il est donc important que ces derniers soient attentifs aux marqueurs subtils de RA, et qu'ils prennent l'initiative d'explorer ce qui émane de la relation thérapeutique, lorsqu'ils soupçonnent qu'il y a rupture.

2. Il importe que les clients puissent expérimenter l'expression de leurs affects négatifs au sujet de la thérapie (ou du thérapeute), en faisant part de leur perspective, lorsqu'elle diffère de celle de leur thérapeute.

3. Lorsque ce genre de situation survient, il est important que le thérapeute tente de répondre de manière ouverte et non défensive, et qu'il reconnaissance la responsabilité de sa contribution dans l'interaction avec son client.

4. L'exploration du processus qui rend l'affirmation des craintes et des attentes du client difficile contribuerait à la réparation des RA en permettant au client de faire l'expérience d'une nouvelle expérience relationnelle corrective.

5. Pour se faire, il convient que le thérapeute aide son client à non seulement identifier la source de la RA, mais aussi les thèmes relationnels en lien avec la rupture, de même que les schémas ou enjeux identifiés s'y rattachant et prenant place dans la vie du client.

Dans une même perspective, il convient également d'aborder le *modèle relationnel de réparation des RA* proposé par Greenberg (2007). En fonction de cette posture théorique, basée sur une approche centrée sur les émotions, le thérapeute qui

soupçonne la survenue d'une rupture de lien avec son client est invité à suivre les cinq étapes suivantes :

1. Mentionner au client chaque moment de leur relation pouvant constituer une RA.

2. Aider le client à explorer sa réaction affective lorsque cela survient.

3. Identifier le rôle qu'il a pu jouer dans cette rupture du lien et exprimer ses regrets.

4. Aider le client à explorer des situations similaires qu'il a pu vivre dans le passé, ou présentement, dans ses relations avec autrui.

5. Planifier comment ils vont dorénavant gérer les RA qui surviendront entre eux, dans le cadre de la thérapie.

On constate ainsi la grande similitude entre le processus de réparation des ruptures d'AT proposés par Safran et ses collaborateurs (2011, 2001) et celui de Greenberg (2007), les deux modèles proposant essentiellement les mêmes stratégies. Il aurait alors été tout aussi pertinent d'opter pour un ou l'autre, étant donné la considérable ressemblance entre les deux modèles. Par souci de clarté et de simplification de la présente analyse, toutefois, spécifions que nous en avons retenu un seul de ses processus, soit celui de Greenberg (2007), en vue de pouvoir comparer les principales stratégies mises de l'avant par les participants pour négocier les ruptures d'alliance avec celles d'expert du domaine.

Ainsi donc, de nombreux travaux de recherche font ressortir la primordialité de l'alliance thérapeutique (Doran & Safran, 2016; Flückiger *et al.*, 2012; Safran & Muran, 2006; Lecomte *et al.*, 2004; Norcross, 2002) et de la réparation des ruptures d'alliance (Doran *et al.*, 2017; Safran *et al.*, 2015; Muran *et al.*, 2009; Strauss *et al.*, 2006; Stiles *et al.*, 2004), dans l'efficacité psychothérapeutique, et l'apprentissage des habiletés relationnelles que ces deux concepts sous-tendent est peu étudié, de manière

qualitative, chez les thérapeutes novices (Horvath & Bedi, 2002). Il est alors pertinent de s'intéresser à la manière dont ceux-ci conçoivent l'alliance thérapeutique et les ruptures d'alliance.

1.3 Les objectifs et questions de la recherche

L'objectif principal de cette recherche est d'*explorer et de mieux comprendre la manière dont les psychothérapeutes novices conçoivent les modes de construction de l'AT, de même que de réparation des RA.*

Sur le plan des objectifs, nous visons également à :

1. Faire ressortir divers enjeux concernant le développement de la compétence professionnelle en matière de construction de l'AT et de réparation des RA lors de la formation universitaire des psychologues.

2. Proposer des recommandations relativement à la formation des psychologues novices, tant en ce qui concerne le savoir théorique que le « savoir-faire » et le « savoir-être ».[6]

En ce qui concerne nos questions de recherche, l'interrogation centrale de cet essai doctoral est de préciser : *quelles sont les représentations que se font les psychothérapeutes en formation de la construction de l'AT et de la réparation des RA avec leurs clients?*

---

[6] Considérant la nature exploratoire de la présente recherche, ainsi que le caractère à la fois aussi varié et étendu de nos deux principaux objets d'étude, nous avons jugé qu'il était plus pertinent d'englober les termes « savoir-faire » et « savoir-être » en tant que synonymes de « stratégie », de « manière de faire » ou encore d'« attitude » (voire de « valeur »). En ce sens, aucune distinction spécifique ne sera faite entre ces termes.

En *sous-questionnements*, la recherche vise également à répondre aux interrogations suivantes :

a) Comment les psychothérapeutes en formation conçoivent l'AT et les RA?

b) Quelles sont les principales stratégies auxquelles les psychothérapeutes novices ont recours pour construire l'AT et réparer les RA?

c) Comment leur compréhension de l'AT et de la réparation des RA influence leur manière d'appréhender la construction de l'AT et la négociation des RA?

CHAPITRE II

LA MÉTHODOLOGIE

Ce chapitre a pour but d'exposer la méthodologie de recherche retenue pour étudier la question de la représentation de la construction de l'AT et de la réparation des ruptures d'AT chez les psychothérapeutes novices. Dans un premier temps, nous voulons réfléchir à certaines considérations épistémologiques en lien avec la constitution de notre méthodologie de recherche. Nous désirons ensuite expliciter la méthodologie privilégiée pour collecter et analyser le matériel empirique.

2.1 Une approche qualitative

Le choix de l'approche qualitative se fonde principalement sur l'objet de notre étude puisque l'objectif central de notre recherche est de *mieux cerner la représentation* que se font les thérapeutes novices de la construction de l'AT et de la réparation des RA. En ce sens, l'approche qualitative offre plusieurs avantages. Celle-ci est notamment tout indiquée pour expliciter des dynamiques et des processus (Giordano et Allard-Poesi, 2003) et appréhender en profondeur la perspective des acteurs, dans leur façon de penser, ainsi que dans leur façon d'agir (Muchielli, 2004; Grawitz, 2000; Gratton, 1996). Elle permet aussi de mieux comprendre leurs conduites (Poupart *et al.*, 1997) et le sens qu'ils donnent à leurs actions (Paillé, 1996b).

Ce choix s'explique également dans le fait que notre démarche s'inscrit dans une *logique compréhensive* (puisque nous visons à conceptualiser la représentation de la construction de l'AT et de la réparation des RA à partir de la perspective de thérapeutes en formation). L'approche qualitative a donc été utile, puisque nous privilégions la description sémantique (lire que nous avons évalué les propos des participants à partir d'une définition déjà existante des termes) des processus et la richesse des analyses, à l'explication causale par le recours aux statistiques probabilistes (Fortin, 1996; Paillé, 1996a). Cette approche, dans sa logique compréhensive, a permis de donner la parole à nos participants afin de chercher les principes et valeurs qui orientent leurs comportements (Quivy et Van Campenhoudt, 1998; Paillé, 1996b), tout en investiguant leurs représentations personnelles (Gratton, 1996), ainsi que le sens qu'ils donnent à leurs actes (Poupart *et al.*, 1997).

Sur le plan épistémologique, nous avons ainsi adopté une approche où l'expérience des sujets constituait à la fois la source privilégiée de connaissances et un lieu de production de savoir (Racine, 2000). C'est pourquoi une place importante a été accordée, tout au long de notre recherche, à la dimension de la *subjectivité*. Il s'agissait alors d'investiguer l'expérience d'étudiant(es) au programme de doctorat en psychologie afin de formaliser cette connaissance en vue qu'elle enrichisse l'intervention clinique.

Dans le but d'appréhender la représentation de la construction de l'AT et la de réparation des RA chez les psychothérapeutes novices, nous avons utilisé une stratégie de recherche d'*entrevues qualitatives semi-dirigées*, basée sur l'*analyse en profondeur* (*in-depth*) des données empiriques (Mucchielli et Paillé, 2003; Patton, 2002). Nous avons conclu que l'étude plus en profondeur de la perspective de ces acteurs faciliterait l'appréhension des phénomènes de construction de l'AT et de réparation des RA, dans leur ensemble, afin de mieux cerner leurs caractéristiques globales et significatives (Roy, 2003; Mucchieli, 1996a). Les propos récoltés sur le

terrain de recherche ont donc représenté la principale source d'information autour de laquelle nous avons organisé notre démarche de théorisation.

2.2 L'échantillonnage et la sélection des participants

Étant donné que nous souhaitions appréhender nos deux principaux sujets d'étude de façon plus approfondie, il semblait approprié de prévoir un *échantillon de participants plus limité*, sélectionné en fonction de leur *pertinence* selon notre objet d'étude (Patton, 2002). Notre but était ainsi de solliciter des participants pouvant éclairer notre objet d'étude. Nous avons également été particulièrement attentif à regrouper une diversité d'expériences, de représentations et d'opinions pour en rendre compte.

Rappelons que nos deux grands objets d'analyse constituent une exploration préliminaire (puisque peu investigué), et, qu'en ce sens, notre analyse visait avant tout à documenter certains processus. La richesse des propos des participants devait donc contribuer à faire ressortir certains facteurs contextuels et dynamiques de leur réalité eu égard à la représentation de la construction de l'AT et la réparation des RA chez les psychothérapeutes novices. Soulignons également à ce sujet que nous ne visions pas principalement la « représentativité », non plus que la « saturation » ou la « généralisation », mais plutôt une certaine « diversité » des expériences et des points de vue.

Dans notre cas, plus spécifiquement, la population cible représentait les psychothérapeutes qui en sont à leurs premiers pas dans la relation d'aide. Le choix des participants retenu pour notre étude a été établi selon la méthode de l'*échantillon par choix raisonné* (*purposeful sampling*) (Patton, 2002), c'est-à-dire en fonction de leur pertinence pour nous aider à mieux comprendre la réalité à l'étude. Cette

pertinence a été établie selon *deux critères* (nos critères d'inclusion), soit : 1) leur niveau d'expérience en tant que psychothérapeute, 2) leur approche théorique.

Sur le plan de l'expérience en tant que psychothérapeute, nous avons limité la sélection des candidats à la « phase 3 » du processus d'acquisition de compétences professionnelles élaboré par Skovholt & Rønnestad (1993), soit *l'autonomie conditionnelle*[7]. Nos participants devaient donc être en train de faire leurs internats (c'est-à-dire avoir entre 6 mois et 2 ans d'expérience en tant que psychothérapeute). Précisons néanmoins que pour s'assurer que ceux-ci aient suffisamment d'expérience clinique pour être en mesure de nourrir de manière pertinente notre étude de leurs représentations de la construction de l'AT et de la réparation des RA, nous avons retenus des participants se situant à un stade avancé de cette phase d'autonomie professionnelle, c'est-à-dire rendus à leur dernier internat (donc en fin de parcours académique). Précisons en outre que puisque nous désirions explorer la perspective des psychothérapeutes « débutants », nous avons exclu les candidats qui possédaient une expérience clinique significative, outre que celle en lien avec leur étude de doctorat en psychologie (stages et internats), par exemple des personnes ayant occupés des postes d'intervenants dans des ressources communautaires ou encore d'agent de ressources humaines (ARH) dans le réseau de la santé et des services sociaux. Notons que l'expérience en relation d'aide a constitué notre unique facteur d'exclusion. Ajoutons que par souci de représentativité de la proportion d'inscriptions en fonction des diverses approches, nous avons recruté six participants d'allégeance cognitivo-comportementale (TCC) (N=6), ainsi que trois étudiants d'orientation psychodynamique (N=3), et trois étudiants d'orientation humaniste (N=3). Un tel ratio visait également à respecter la représentativité des approches reconnues comme étant davantage axées sur la résolution des symptômes, par l'entremise d'outils et

[7] Voir la section 1.2.2 (« le développement du thérapeute ») pour connaitre les sept différentes phases du processus d'acquisition de compétences professionnelles de thérapeutes de Skovholt & Rønnestad (1993).

d'exercice thérapeutique (comme la TCC), avec des approches dites davantage relationnelles (comme la psychodynamique et l'humaniste) où la dimension du processus (voire transfert et contretransfert, de même ce qui survient dans l'ici/maintenant, entre le thérapeute et son client) occupe une place centrale dans la psychothérapie (Ionescu, 2002). Notre échantillonnage est ainsi à la fois « homogène » (compte tenu des critères de sélection liés à la « non expérience » et le stade processus d'acquisition de compétences professionnelles que partagent les participants) et « hétérogène » (dans le choix des différentes orientations théoriques).

Sur le plan méthodologique, rajoutons également que nous avons estimé que 12 à 24 entrevues individuelles (1 à 2 entrevues individuelles pour chacun des 12 participants) allaient nous permettre d'obtenir un certain degré de diversité dans la description du phénomène à l'étude. Rappelons ici que, compte tenu de l'état limité des connaissances concernant la construction de l'AT et la réparation des RA chez les thérapeutes en formation, notre recherche possède avant tout une visée exploratoire. Un échantillon de cette taille nous semblait ainsi être suffisant pour nous permettre d'obtenir l'information nécessaire eu égard aux deux principaux phénomènes étudiés (Morse, 1991).

Mentionnons, de plus, que les sujets ont été recrutés par le biais du bouche à oreille, ainsi que d'une annonce courriel transmise à tous les étudiant(es) inscrit(es) au programme de doctorat en psychologie, en tant qu'envoi généraux, de la part du département de psychologie d'une université québécoise. Ces deux méthodes ont permis de rejoindre un bassin de notre population cible suffisamment important pour nous permettre de sélectionner le nombre de « sujets » prévu (N=12) afin de réaliser notre étude.

Notons enfin qu'au total, 23 personnes ont été considérées pour faire partie de notre recherche. Du lot, 11 ont été exclues. 6 de ces personnes ont été rejetées sur la base

de leur expérience passée, puisqu'ayant déjà préalablement œuvré en relation d'aide. 3 autres candidats n'ont pas été retenus en raison de leur allégeance théorique, étant donné que nous avions déjà recruté le nombre maximum de participants d'approche TCC ou psychodynamique. Le cas des 2 autres candidats exclus s'explique du fait qu'ils n'avaient pas suffisamment avancé dans leur stade d'autonomie conditionnelle. En ce qui concerne les 12 participants qui ont été retenus, précisions que 5 étaient des femmes âgées entre 25 et 34 ans (m = 28,8 ans) et 7 des hommes âgés entre 26 et 41 ans (m = 29,2).

2.3 Les dimensions d'analyse

Deux grands volets ont servi à notre questionnement, soit la construction de l'AT (établissement et maintien) et la réparation des RA (reconnaissance et négociation). En sous-thème, on retrouve principalement les notions a) d'objectifs de la psychothérapie, b) de rôles et de tâches de chacun dans la démarche, c) du lien affectif qui unit le thérapeute et son client, 4) de type de RA vécu (« retrait/conformité » et « confrontation »). Ces deux dimensions ont ainsi représenté les balises de notre analyse et, à l'aide de leurs sous-dimensions, elles nous ont permis de préciser la représentation des modes de construction de l'AT et de réparation des RA des thérapeutes novices que nous avons interviewés.

2.4 La cueillette de données

Notre recherche a été essentiellement basée sur la méthode de collecte de données de l'*entrevue individuelle*. Le recours à ce genre d'entretien a été pertinent, car il a permis aux personnes interviewées de nous expliquer la façon dont ils se représentent

et appréhendent l'AT, de même que la réparation des RA (Patton, 2002; Poupart *et al.*, 1997). Plus spécifiquement, nous avons réalisé deux entrevues individuelles *semi-dirigées* avec chacun des douze participants (N = 24). Afin de respecter l'esprit de ce type d'entretien, il importait d'animer les entrevues de façon souple et ouverte, en se laissant guider par le rythme et le contenu que souhaitaient aborder les participants (Savoie-Zajc, 2003). Ce genre d'entrevue a ainsi fourni l'occasion d'entrer en relation directe et personnelle avec les participants et de recenser des données aussi essentielles que leurs pensées, leurs expériences, leurs impressions, leurs motivations et/ou leurs sentiments (Giordano et Allard-Poesi, 2003).

Dans ce but, nous avions préparé une série de thèmes (voir notre canevas d'entretien, *Annexe A*) en s'inspirant du schéma d'entrevue utilisé par Sullivan, Skovholt & Jennings (*Master Therapists' Construction of the Therapy Relationship*, 2005), dans une étude qualitative qui avait pour but d'analyser l'utilisation et la compréhension que possèdent les thérapeutes experts de l'alliance thérapeutique (voir *Annexe B*). Notons que les questions que ces derniers y abordent avaient été élaborées après que ces chercheurs eurent parcouru la littérature concernant le thème de l'AT et les RA (entre autres les travaux de Bordin, 1994, 1979; Gaston & Marmar, 1994; Henry & Strupp, 1994; Horvath, 1994; Horvath & Greenberg, 1994; Luborsky, 1994; Bachelor, 1991; Marziali, 1984). Sullivan, Skovholt & Jennings (2005) ont ensuite conduit deux études pilotes afin de s'assurer que les questions reflétaient bien leur préoccupation concernant la pertinence clinique, ainsi que l'intégration de la théorie en lien avec l'AT.

Notre canevas d'entretien se fondait principalement autour de nos deux grandes unités, ainsi que nos sous-unités d'analyse énumérées précédemment. La presque vingtaine de questions dont il était constitué avaient pour but d'explorer les diverses stratégies, valeurs, conceptions et techniques caractérisant les façon de faire de nos participants en matière de construction de l'AT (entre autres en ce qui concerne les

notions d'objectifs, de rôles et de tâches, et du lien affectif), ainsi que les défis et difficultés s'y rattachant. Il en allait de même dans notre questionnement au regard du volet des types de RA vécues et de leur négociation par les participants. Notons, par ailleurs, que nos interventions visaient principalement à poser quelques questions et s'assurer que la discussion ne s'éloigne pas trop de notre objet d'étude. Cela signifie que nous désirions accorder de la latitude aux participants, en nous laissant influencer par la tournure que prenait l'entretien de recherche, ce qui avait pour but de procéder à une co-construction à partir de l'interaction vécue (Savoie-Zajc, 2003). Pour ce faire, nous avons utilisé des questions ouvertes afin de donner l'occasion aux participants de pouvoir élaborer des réponses détaillées selon leurs propres perspectives (Becker, 2002). Il importait alors que nous sachions faire preuve de flexibilité et d'ouverture, afin de nous ajuster aux propos des participants (Quivy et Van Campenhoudt, 1988).

Dans le but de rapporter le plus fidèlement possible le discours des sujets, nous avons enregistré chacune des entrevues menées pour ensuite les transcrire sous forme de *verbatim*. Cela nous a fourni l'opportunité d'appréhender, dans un premier temps, l'ensemble du matériel verbal de manière globale, sans faire de tri (Savoie-Zajc, 2003), en respectant la structuration de l'expression initiale des sujets (Boutin, 1997). Puis, nous avons procédé à l'analyse des données de manière plus détaillée, selon une approche d'analyse thématique (Paillé et Mucchielli, 2003).

2.5 La classification et l'analyse des données

Afin de pouvoir compter sur une méthode d'organisation et de classification des données qui soit rigoureuse et pertinente, nous avons procédé à l'analyse qualitative du matériel à l'aide de l'*analyse thématique* (Paillé et Mucchielli, 2003). Une telle approche s'harmonisait bien avec les objectifs de notre étude, puisque celle-ci vise

avant tout la *description d'un phénomène.* Tel que le dicte l'analyse thématique, nous visions ainsi à regrouper le corpus de données récoltées en un certain nombre de thèmes (ensemble de mots qui résument la teneur d'un propos). Ces thèmes devaient être à la fois représentatifs du contenu de l'entrevue, et en lien avec notre objet d'étude. Pour ce faire, nous travail s'est divisé principalement en trois temps, soit 1) le repérage systématique des divers thèmes traités dans les entrevues (et pertinents selon notre objet d'étude), 2) le regroupement de ces thèmes récurrents, 3) l'examen discursif de ceux-ci (Paillé et Mucchielli, 2003). Globalement, il s'agissait alors de rassembler le corpus d'informations recueillies et d'identifier les thèmes centraux. Nous avons ensuite rassemblé et observé les relations entre ces thèmes (comparer et contraster en étant à l'affût des possibilités d'association et des ressemblances/différences), au moyen de la construction d'un arbre thématique (hiérarchisation de thèmes et de sous-thèmes). La dernière étape constituait l'analyse globale (exercice discursif) en vue de produire une description compréhensive de nos deux grands objets d'étude (Paillé et Mucchielli, 2003).

L'analyse thématique nous a ainsi fourni la possibilité de faire une bonne synthèse des thèmes abordés par nos participants, afin de décrire le phénomène de représentation de la construction de l'AT et de la réparation des RA chez les psychothérapeutes en formation. Une étape subséquente à l'analyse thématique nous a permis de se situer à la frontière entre l'interprétation et la théorisation (Paillé et Mucchielli, 2003); en ce sens, nous ne nous sommes pas contenté pas de relever des thèmes, nous les avons aussi interrogé et confronté, non seulement entre eux, mais aussi avec des référents théoriques, selon une perspective interprétative (Mayer et Deslauriers, 2000).

Précisons enfin que pour s'assurer de la rigueur de notre démarche, notamment en matière de stratégies de vérification de la validité de nos conclusions, le matériel recueilli lors des entrevues et l'analyse que nous en avons faite (qu'il soit question du

repérage et de la codification des thèmes récurrents (et/ou centraux), du regroupement et de la hiérarchisation de ceux-ci en thèmes et sous-thèmes, de leur mise en relation, ou encore des liens ou des conclusions que nous avons établis) a été soumis à la vérification de deux professeurs universitaires en psychologie Dans le but de vérifier le degré de validité de notre analyse (*triangulation/consensus*), nous avons également eu recours à deux cliniciens. Plus spécifiquement, nous avons soumis des verbatim complets (et/ou des segments) à ces quatre personnes afin de valider les divers thèmes mis en relief par l'analyse thématique, de même que les conclusions que cela nous amenait à tirer. Notamment afin de valider certaines compréhensions et mise en lien eu égard aux thèmes et sous-thèmes distingués dans les entretiens. À titre d'exemple, nous avons soumis divers extraits de verbatim où nous avions perçu le thème du respect du client (lorsqu'il était question de la façon de construire le lien) et des deux sous-thèmes s'y rattachant (soit, a) respect de ce qu'il est, en tant que personne, et b) respect de son rythme, dans ce qu'il désire). Cette référence à des tiers permettait de s'assurer que d'autres personnes partageaient une même lecture et ainsi, de pouvoir dégager un consensus. Sur le plan de la triangulation, on pourrait également fournir l'exemple de l'expérience affective rapporté par les participants, concernant les RA vécues, qui nous a amené, après validation auprès de ces tiers personnes, à diviser le type de réaction émotionnelle en quatre catégories, soit a) le locus d'attribution interne, b) le locus d'attribution externe, c) la recherche de neutralité, et d) une synthèse des trois types de réaction précédente).

Par souci de transparence de notre démarche et de crédibilité des résultats obtenus, nous nous sommes aussi posé, comme le suggèrent Miles et Huberman (2003, p. 503), les questions suivantes :

- Les méthodes et les procédures générales de l'étude ont-elles été décrites de façon explicite et détaillée?

- Les questions de recherche sont-elles claires, les caractéristiques du canevas de recherche sont-elles en accord avec ces questions?
- Les paradigmes fondamentaux et les construits analytiques sont-ils clairement spécifiés?
- Des vérifications de thèmes ont-elles été réalisées, se recoupent-elles?
- Les conclusions sont-elles explicitement liées à des données réduites/présentées qui les sous-tendent?

2.6 Déroulement de l'étude

Chacun des participants a pris part à deux (2) entrevues semi-dirigées d'une durée moyenne de 45 minutes. Celles-ci étaient espacées par pause d'entre 30 et 60 minutes. Précisions qu'il a été jugé plus pertinent de rapprocher ainsi les deux entrevues pour éviter que les répondants puissent être « contaminés » par des lectures ou des conversations portant sur les deux concepts à l'étude (puisque le but principal de la recherche était d'avoir accès à la représentation brute que se font les thérapeutes nocives concernant la construction de l'AT et la réparation des RA).

Notons, par ailleurs, que toutes les entrevues ont été réalisées sur un campus universitaire (salle de classe ou bibliothèque). Seul le participant et l'interviewer étaient présents et l'ensemble des entretiens a été enregistré à l'aide d'un dictaphone numérique. Précisions enfin que le protocole de recherche a été approuvé par le comité départemental d'éthique de la recherche avec des êtres humains de l'Université du Québec à Montréal en date de 22 juin 2011.

CHAPITRE III

RÉSULTATS

Ce chapitre présente les divers constats recensés dans le corpus des douze participants de l'étude, eu égard à la construction de l'AT et à la réparation des RA. Considérant la nature exploratoire de la présente recherche, ainsi que le caractère à la fois aussi varié et étendu des thèmes abordés lors des entrevues, cette section est divisée en trois segments :

1) Une liste des principaux thèmes abordés avec les participants.

2) Un tableau synthèse de l'ensemble des principaux constats ayant été observés dans le propos de participants concernant la construction de l'AT et un second tableau qui résume l'ensemble des principaux constats relativement aux RA.

3) Un retour sur certains des points saillants des deux tableaux en y ajoutant divers extraits d'entrevues avec les participants, cela afin d'illustrer et d'étayer le contenu de ces résultats.

3.1 Listes des principaux thèmes abordés avec les participants

<u>Au sujet de l'AT</u> :

1. Les premiers contacts avec des clients.
2. L'établissement du lien thérapeutique avec les clients
3. Le maintien du lien thérapeutique avec les clients.
4. La conception de l'AT.
5. L'entente sur les objectifs et les rôles/tâches poursuivis par la démarche.
6. Les stratégies et qualités nécessaires afin de construire une AT de qualité.

Au sujet des RA :

1. La conception des RA.
2. La reconnaissance des RA.
3. L'amélioration des habiletés à distinguer les divers marqueurs de RA.
4. L'évitement des RA.
5. Les RA vécues avec les clients.
6. Les réactions affectives causées par les RA.
7. Les manières de négocier les RA.
8. Les besoins de formation en matière d'AT et de RA.

3.2 Tableaux des principaux constats observés dans le propos des participants

Les deux tableaux suivants présentent l'ensemble des principaux constats ayant été recensés dans les propos des participants concernant la construction de l'AT et la réparation des RA.

Tableau I : *Liste des constats concernant l'AT*

Constats concernant l'AT
Au sujet des **premiers contacts** avec les clients : 1) Les premières expériences d'entrer en contact et de commencer à établir le lien thérapeutique avec les clients se sont principalement vécues sous l'angle du *stress*, notamment en raison du *manque d'expérience* liée à leur statut d'étudiant en formation. 2) Cette anxiété était cependant contrebalancée, la plupart du temps, par un grand *emballement* de pouvoir « enfin » vivre l'expérience de rencontrer des clients. Au sujet de l'**établissement du lien** thérapeutique avec leurs clients :

1) Cinq principales manières de « faire »/« d'être » ont été identifiées par les participants en matière de construction de l'AT, soit : **[8]

   1) *rendre le client à l'aise*;
   2) l'*écoute et la compréhension*;
   3) le *respect* (tant de que le client est que ce à quoi il aspire);
   4) la *capacité d'ajustement* (tant à la dynamique personnelle du client qu'à ses attentes et besoins);
   5) *créer un sentiment de confiance et de sécurité.*

2) On a également constaté divers éléments (constitués de méthodes, de stratégies et de valeurs sous-jacentes), en sous-thèmes, misent de l'avant par les participants afin de rendre possible les cinq manières de faire/être énumérées au point précédent, soit :

   La *bienveillance*, l'*empathie*, l'*acceptation*, l'*ouverture*, l'*autonomie*, l'*autodétermination*, l'*authenticité*, la *flexibilité*, le *non jugement*, l'*accueil*, et la *disponibilité*.

   Les participants ont également identifié l'utilisation des *reflets* et de la *reformulation*, ainsi que l'importance de savoir *rester en accordage* avec l'expérience affective du client.

Au sujet du **maintien** du lien thérapeutique :

1) La plupart des participants disent s'y prendre essentiellement de la même manière pour « maintenir » le lien, que pour l'« établir » ou le « bâtir ». Ceux-ci ont toutefois mis l'accent sur une manière de faire plus spécifique, soit de s'*ajuster au client*, la plupart d'entre eux faisant valoir que leurs façons de procéder étaient principalement conditionnées par la personne devant eux (l'organisation de sa personnalité, ses enjeux, ses besoins, etc.).

Au sujet du la **conception de l'AT** :

1) L'ensemble des participants associent clairement, et assez spontanément, l'AT à la notion à laquelle celle-ci réfère principalement, soit le *travail de collaboration*.

2) Parmi les trois composantes spécifiques, c'es principalement le lien affectif qui se met davantage en relief dans le propos des participants, lorsqu'invités à fournir leur propre définition de l'AT. Plusieurs parlent ainsi de qualité du lien et de confiance, ce qui favoriserait le dévoilement et l'engagement du client dans la

[8] Les deux astérisques (**) servent à identifier les constats apparaissant tout particulièrement significatifs, et qui seront repris dans une perspective d'analyse transversale, dans la section « discussion ».

psychothérapie.**

3) La moitié des participants ont considéré dans leur définition de l'AT, de manière plus spécifique, les aspects plus techniques de l'AT, en collant explicitement la notion d'AT avec celle d'entente sur des objectifs à atteindre et/ou des tâches à accomplir.

4) Plus de la moitié d'entre eux semblent accorder moins l'importance (du moins de manière explicite) aux deux autres pôles plus techniques de l'AT, soit l'entente sur les objectifs et l'entente sur les rôles et les tâches.**

5) Les participants rapportent accorder une place centrale à l'AT dans leur manière d'aborder la psychothérapie, la plupart d'entre eux parlant de celle-ci comme de la dimension la *plus significative* du processus clinique.

Au sujet de l'**entente sur les objectifs et les rôles/tâches** poursuivi par la démarche :

1) La majorité des participants rapportent interroger les clients assez *ouvertement* concernant les *objectifs* qu'ils poursuivent, dans le cadre de la psychothérapie.

   De manière plus spécifique, on constate que les répondants se partagent en deux groupes** :

   - Sept d'entre eux rapportent interroger leurs clients assez directement, dès les premières rencontres, aux sujets des objectifs, ce qui appert être fait dans un esprit concret et pratique permettant d'amorcer la psychothérapie, en fonction de la demande explicite du client.

   - Les cinq autres notent prendre plus de temps pour déterminer les objectifs, la clarification spécifique et précise de cette dimension apparaissant moins prioritaire, non plus qu'essentiel à l'amorce de la thérapie. Cela suggère que la priorité est davantage accordée à la demande implicite du client, c'est-à-dire aux « causes » sous-jacentes, parfois mêmes inconscientes, que ce dernier éprouve.

2) La plupart des participants disent se servir de ceux deux dimensions pour établir une bonne AT (surtout en ce qui concerne l'entente sur les objectifs).

   Ceux-ci notent que cela est rendu possible du fait que le processus se fait conjointement, c'est-à-dire « ensemble », en *collaboration* avec le client. Cela implique notamment que les participants établissent les objectifs non seulement en fonction des *besoins*, des *demandes* et des *attentes* formulés par client, mais aussi en fonction de la « *compréhension clinique* » (organisation de la personnalité, mode relationnel, enjeux personnels, etc.) qu'ils établissent lors de la phase d'évaluation.

3) Il en va de même concernant les rôles/tâches, puisque la notion de *coopération* est

celle qui est ressortie le plus fréquemment lorsqu'on les participants étaient invités à expliquer la manière dont ils concevaient la notion des rôles/tâches respectifs de chacun, dans le cadre de la psychothérapie.

- plus spécifiquement, on note que l'une des réponses qui est revenue le plus souvent concernant les rôles et les tâches est que les participants entrevoient ces deux dimensions essentiellement sous l'angle que le thérapeute est avant tout l'*expert du processus* (voire qu'il est celui qui possède les expertises relativement aux comportements et à la psyché humaine) et que le client est l'*expert de sa réalité* (lire qu'il est celui qui est le mieux placé pour parler de sa propre expérience affective et de sa souffrance).

- seulement trois participants ont associé la question des rôles à la celle du cadre thérapeutique.

- se sont les participants d'orientation TCC qui ont fourni les réponses les plus détaillées et spécifiques concernant les tâches qui seront accomplies, dans le cadre de la psychothérapie.

4) Globalement, on constate que plusieurs participants semblent prioriser la dimension plus relationnelle de l'AT, soit celle du lien affectif, ce qui se fait possiblement au détriment des deux autres dimensions plus techniques de l'AT (c'est-à-dire l'entente sur les objectifs et l'entente sur les rôles/tâches). ** À titre d'exemple :

- seulement quatre participants ont énoncé explicitement l'importance de la *priorisation* et de la *clarté* des objectifs en tant que facteur central de la démarche.

- peu semblent faire des retours sur les objectifs et, si tel est le cas, on sent que cela est davantage fait avec l'idée d'évaluer le degré d'avancement de la psychothérapie que dans une perspective de maintien/renforcement de l'AT.

- peu semblent aborder la question de la disparité entre la demande du client et la compréhension clinique du thérapeute.

- enfin, si la plupart des participants ont fait valoir l'importance de négocier l'aspect des rôles/tâches, peu ont eu le réflexe, ou été à même de relier cela, concrètement, à la notion de construction de l'AT.

Au sujet des **stratégies** et des **qualités nécessaires** afin de construire une AT de qualité :

1) On constate essentiellement les mêmes items que ceux qu'ils ont été identifiés lorsqu'il était question de leurs différentes stratégies pour établir, bâtir et maintenir l'AT. Plusieurs *éléments similaires* reviennent effectivement dans le discours des répondants, qu'il soit question des cinq thèmes centraux (lire mettre le client à l'aise;

l'écoute et la compréhension; le respect, la capacité d'ajustement, et créer un climat de confiance), ou encore des divers items en sous-thèmes rendant ceux-ci possibles (voire l'empathie, la bienveillance, l'acceptation, l'ouverture, la disponibilité et le non-jugement).

2) Plus spécifiquement, plusieurs participants ont mis l'accent sur une de ces manières de faire en particulier, lorsqu'il était question des principales stratégies auxquelles ils ont recours pour construire une AT de qualité, soit l'*écoute et la compréhension.*

3) On observe le même phénomène sur le plan des qualités nécessaires pour construire une bonne AT, puisque s'*ajuster au client* (voire ses besoins, ses attentes, ses objectifs, ses valeurs, le mode d'organisation de sa personnalité, sa dynamique relationnelle, etc.) étant une dimension sur laquelle plusieurs participants apparaissent s'attarder plus particulièrement.

Tableau II : *Liste des constats concernant les RA*

Constats concernant les RA
Au sujet de la **conception** des RA : 1) La plupart des participants parlent plus aisément du concept de l'AT que de celui de RA.** 2) La moitié de ceux-ci ne connaissaient pas l'expression de « rupture d'alliance », et plusieurs d'entre eux n'en possèdent qu'une compréhension partielle, voire parfois erronée. 3) Parmi les erreurs de conception recensées, on a pu noté que plusieurs participants associent spontanément le terme de « rupture d'alliance » avec celui d'*abandon définitif* de la psychothérapie. 4) On remarque également que si chacun d'entre eux s'entendent pour dire que les RA peuvent constituer une dimension importante de la psychothérapie, seulement le quart (3) des répondant semblent se faire une représentation assez juste et complète des RA, soit les mêmes trois participants qui apparaissent appréhender les RA (et leur négociation) en tant qu'aspect fondamental du travail clinique.** 5) On constate un pairage négatif important chez plusieurs participants, qui associent le concept de RA à une erreur qu'ils auraient commise (et non comme un élément

inévitable et faisant partie de la psychothérapie).

Au sujet de la **reconnaissance** des RA :

1) Le quart (3) des participants apparaissent en mesure de faire une lecture assez fine des *indices* possibles de RA, tant pour ce qui des marqueurs de type « retrait/conformité » que ceux de type « confrontation ». **

2) Les autres participants notent avoir tendance à se fier principalement à leur *régulation affective*, en procédant « au senti », afin d'identifier si leur client est possiblement en RA.

   Ces participants considèrent le niveau *d'investissement* du client dans le processus thérapeutique comme étant le principal indice pouvant traduire une RA.

   Notons également que ceux-ci ont surtout identifié des marqueurs de RA de type « retrait/conformité » (dont en majorité des indices laissant entendre que le client se « désengage » partiellement de la relation thérapeutique), en nommant des attitudes d'*évitement* tels que le retrait, la passivité, l'indifférence, la distance émotionnelle, etc.).

3) Près de la moitié des participants ont identifié explicitement le bris du cadre thérapeutique par le client en tant que signe possible de RA.

4) Plus de la moitié des participants n'ont pas évoqué la question des marqueurs pouvant traduire une RA de type « confrontation ».

Au sujet de l'**amélioration des habiletés à distinguer** les divers marqueurs de RA :

1) Les participants se répartissent globalement en trois différentes conceptions de la chose :

   - trois d'entre eux estiment rater entre 5 à 15 % des signes ou indices de RA.

   - deux évaluent plutôt en rater environ entre 25 et 40% des RA.

   - la balance des participants (7) se situe davantage, dans leur estimation, dans le pourcentage des thérapeutes d'expérience (qui rateraient 73% des marqueurs), puisque ces répondants évaluent manquer entre 60 et 80 % des indices pouvant traduire une RA.

2) La grande majorité des répondants estiment qu'ils devraient être en mesure de reconnaitre plus efficacement les divers marqueurs de RA thérapeutique après dix années de pratique.

Au sujet de l'**évitement** des RA :

1) Un peu plus du tiers (5) des participants ont fait mention de ne pas nécessairement chercher à éviter les RA, entre autres parce qu'ils comprennent les impasses relationnelles comme une expérience inévitable et faisant partie inhérente de la psychothérapie, mais aussi parce qu'ils considèrent que les RA peuvent être utilisées comme un levier thérapeutique, lorsque négociées profitablement.

2) Près de trois quarts (7) des participants disent avoir plutôt tendance à chercher d'éviter de se retrouver en RA avec leurs clients.**

3) Parmi les moyens que ceux-ci utilisent à cette fin, les répondants ont entre autres rapporté s'enquérir auprès du client du bon déroulement de la rencontre, de tenter de rester en accordage (ou lire de tomber en suraccordage) avec l'expérience affective de ce dernier, de porter attention à la solidité de l'AT ou encore d'adopter une attitude professionnelle en tout temps.

4) Plusieurs raisons sont invoquées par les 10 participants ayant rapporté éviter, à divers degré, les RA (ou certain type de RA), dont « par crainte de ne pas pouvoir racheter la situation », « de blesser l'autre », « de déplaire », « de ne pas savoir comment s'y prendre », « que le client soit fâché », « qu'il abandonne la thérapie », etc.**

Au sujet des **réactions affectives** causées par les RA :

1) Les diverses réponses des participants ont permis d'établir quatre types de réponses affectives.

   - La première relève d'un *locus d'attribution interne* (six participants), c'est-à-dire que ces répondants expliquent davantage la RA par des facteurs intrinsèques étant propres à eux (par exemple leur manque de « savoir-faire »), plutôt que par des caractéristiques ou des enjeux appartenant à leurs clients. Ces participants disent vivre alors des émotions telles que la « honte », la « panique », la « tristesse », la « peur », l'« impuissance » et de l'« anxiété ».

   - La seconde est lié à un *locus d'attribution externe* (trois participants), dans la mesure où ces répondants appréhendent les RA comme étant davantage une résultante de la dynamique personnelle de leurs clients et non comme étant attribuable à des caractéristiques qui relèveraient d'eux-mêmes.

   - La troisième s'inscrit dans une recherche de *neutralité* (un participant).

   - La quatrième se veut une *synthèse* des trois précédentes catégories (deux participants).

2) Globalement, on constate que l'expérience affective relative à un locus d'attribution interne apparait comme étant plus significativement intense et éprouvante pour les participants faisant partie de ce groupe, que les expériences affectives en lien avec les trois autres catégories (locus externe, neutre et mixte).

Au sujet des **RA vécues** par les participants :

1) L'ensemble des participants a été en mesure d'identifier des expériences de RA de type « retrait/conformité ».

2) Du lot, on remarque que quatre d'entre eux ont rapporté des exemples concerts de ce type de RA qui ont été vécus et abordés avec le client, cinq ont été à même d'évoquer des exemples concerts vécus, mais non abordés avec le client. Les trois autres participants ont semblé éprouver plus de difficultés à illustrer leurs propos aux travers d'exemple concrets vécus avec leurs clients.**

3) Quatre participants ont été a même d'identifier des exemples concrets de RA de type « confrontation » qu'ils ont abordés ouvertement à leur clients et dans lesquels ils ont aussi été en mesure de s'en servir comme d'un levier thérapeutique;

4) Sept participants apparaissent parler des RA de type « confrontation » avec plus de difficulté.**

   - À titre, notons que ceux qui sont arrivés à fournir des exemples concrets de ce type de RA ne les ont pas abordés avec leurs clients, et que les autres ont, soit fourni des exemples qui apparaissaient davantage génériques (plutôt qu'ancrés concrètement dans leur pratique), ou n'ont pas en mesure d'identifier d'exemple spécifique de ce type d'impasse relationnelle.

   - Rajoutons que parmi que les raisons invoquées pour expliquer pourquoi ces situations évoquées n'ont pas été exploré avec les clients gravitent essentiellement autour d'un même malaise avec ce type de RA, soit « la tendance à éviter les sujets pouvant engendrer de la colère », « le désir de plaire au client », « de ne pas vouloir engendrer d'inconfort », « la crainte de tout gâcher », « de ne pas savoir comment aborder ça », etc.

5) Notons enfin qu'on remarque dans l'exploration des RA vécues avec les clients que plusieurs contextes évoqués par les participants semblent des exemples à connotation génériques plutôt que des situations trouvant un ancrage concret dans l'expérience clinique de ceux les évoquant.**

Au sujet des **défis** et **enjeux** en lien avec RA :

1) On constate que pour les huit participants se disant beaucoup plus à l'aise avec les RA de type « retrait/conformité », le défi le plus prédominant est de devoir composer avec des RA de type « confrontation, plus précisément les comportements et affects de leurs clients qui se situent dans le continuum de la colère (voire l'irritation, la frustration, l'insatisfaction, les critiques, le mécontentement, etc.).

   Ces derniers notent avoir alors tendance à « éviter de confronter », « remettre ça à plus tard », à « ne pas aborder le sujet », « faire comme si de rien n'était », etc.

2) À l'inverse, on remarque que pour les quatre autres participants ayant rapporté être plus à l'aise avec les RA de type « confrontation » que les RA de type « retrait/conformité » représentait davantage un défi pour eux.

   Ceux-ci expliquent notamment la chose du fait « que cela est plus facilement percevable », mais surtout parce que se décrivant comme étant « plus porté sur l'action », « « vouloir susciter des réactions », « aimer quand ça bouge et qu'il y a des résultats », ou encore « être de nature plus directive ».

3) Dans l'ensemble, on constate que les RA représentent un défi important pour plusieurs des participants et que cela les confronte à divers enjeux personnels (lire d'*attachement* et d'*estime de* soi). **

4) On observe également que les réactions possibles des clients ainsi que l'expérience affective découlant des RA, pour les participants apparaît avoir une *influence significative* sur leur manière d'intervenir (par exemple d'éviter certains sujets pouvant engendrer des RA ou encore éprouver de la difficulté à « nommer » des observations qui pourraient engendrer des impasses relationnelles avec leurs clients).**

5) On remarque aussi que cette manière d'intervenir semble elle-même être influencée par les enjeux personnels des participants. **

6) Ces enjeux personnels apparaissent également faire en sorte que certains d'entre eux semblent avoir de la difficulté à occuper le rôle du « mauvais objet ». **

7) On note que les trois constats précédents semblent avoir une incidence sur les valeurs et la manière de concevoir la psychothérapie que possèdent les participants, et vice versa. **

8) Au final, cela fait en sorte que la plupart des participants disent éviter, à plus ou moins divers degré et en fonction du type de RA, des situations pouvant conduire à des impasses relationnelles (ou encore d'aborder certaines RA, lorsqu'ils les constatent).

Au sujet **stratégies pour restaurer** l'AT à :

1) Tous les participants, sans exception, disent percevoir la *pertinence clinique* d'aborder la question des moments de RA vécus avec les clients.

2) L'examen plus approfondi de leur propos à ce sujet permet toutefois de constater un degré de connaissance qui diffère sensiblement, d'un participant à l'autre.

3) Notons que le quart (3) des participants semblent en mesure d'appliquer de manière pertinente l'ensemble des étapes du *modèle rationnel de réparation des RA* de Greenberg (2007). Ceux-ci ont également été en mesure d'appuyer leurs propos sur des exemples cliniques concrets qu'ils ont vécus avec leurs clients.

4) Deux autres participants apparaissaient assez bien saisir les grandes lignes du modèle de Greenberg, mais on perçoit dans leur propos un degré de compréhension et d'application n'étant pas aussi fin et articulé que dans le cas des trois participants évoqués précédemment. Rajoutons que ces deux participants ont semblé éprouver plus de difficulté à rattacher cela à des exemples concrets, vécus avec clients.

5) Pour ce qui est des sept autres participants, on observe un degré de connaissance et d'application du processus de réparation des RA étant significativement moindre.

   Indiquons également à ce sujet qu'il apparaissait beaucoup plus ardu pour ceux-ci d'illustrer leurs stratégies de réparation des RA en se rapportant à des exemples concrets, vécus avec leurs clients.

Au sujet des **besoins de formation** :

1) La grande majorité des thérapeutes novices que nous avons interrogés a été catégorique : ils estiment croient que leur formation universitaire en psychologie n'a pas été suffisamment orientée sur l'enseignement de l'AT et de la réparation des RA.**

2) Notons que les trois participants étant apparu significativement les plus au fait, et à l'aise, avec les RA, s'estiment toutefois chanceux, puisqu'ils ont pu bénéficier de certains enseignements à ce sujet, principalement dans le cadre de leurs stages et/ou internats, grâce au partage de connaissances de leur superviseur(e). **

3) Le thème qui est revenu le plus souvent dans le discours des répondants concernant leur besoin de formation est celui de l'*expérience* (lire d'avoir l'opportunité de se pratiquer davantage, en vivant des expériences plus « concrètes » et « tangibles » de construction d'AT et de réparation de RA).**

3.3 Divers propos de participants concernant l'AT et les RA

Cette section propose un retour sur divers des points saillants énumérés dans la partie précédente. Plus spécifiquement, des extraits de propos des participants seront présentés afin d'étayer et d'illustrer le contenu des résultats énumérés dans les tableaux I et II. Notons que plusieurs des thèmes abordés dans la présente section seront aussi repris dans le chapitre « discussion », en vue d'être approfondis dans une perspective transversale des deux grands objets d'étude.

3.3.1 L'établissement du lien thérapeutique

De manière globale, cinq thèmes centraux se dégagent de la plupart des propos des participants, concernant leur manière d'établir et de bâtir le lien thérapeutique avec les clients, soit : 1) rendre le client à l'aise, 2) l'écoute et la compréhension 3) le respect 4) savoir s'ajuster au client, 5) être en mesure de créer un climat de confiance. De manière sous-jacente, on remarque toute une série de stratégies (voire de valeurs et de manière de « faire » et d'« être ») se recoupant autour de ces cinq thèmes centraux et venant ainsi les rendre possibles, soit le *bienveillance*, l'*empathie*, *affabilité*, l'*acceptation*, l'*ouverture*, l'*autonomie*, l'*autodétermination*, l'*authenticité*, la *flexibilité*, le *non jugement*, l'*accueil*, et la *disponibilité*.

1) Rendre le client à l'aise

Afin de rendre le client à l'aise, les participants rapportent avoir recours à diverses manières d'être en relation, notamment la bienveillance, l'acceptation, la compréhension empathique, l'ouverture, l'authenticité, l'accueil et le non jugement.

> Pour moi, c'est important que le client se sente vraiment à l'aise et accueilli. J'ai donc plein d'attitudes pour arriver à ça, comme être sympathique et sourire [...] Il y a des psychologues qui sont plus neutres. Moi, j'essaie d'avoir un comportement social qui porte vers une ouverture [...] Tsé, d'être sympathique et d'être accueillant [...] Je veux qu'il comprenne qu'il va être écouté sans jugement.[9] (9.T)[10] (voir *Annexe C*, section 3.1 pour consulter trois autres citations s'inscrivant en ce sens)

Un message sous-jacent que plusieurs participants semblent particulièrement soucieux de transmettre est que le client sente qu'il a *SA place* (tout autant dans la thérapie que dans la relation), et qu'il peut s'approprier de *SON espace* pour se déposer, dans un contexte propice à la confidence.

> Pour moi, une chose primordiale est que le client fasse l'expérience du sentiment d'avoir sa place. Je veux non seulement qu'il comprenne, mais surtout qu'il ressente que quand il vient en thérapie, c'est SON heure. C'est un espace qui lui appartient et il peut en disposer comme bon lui semble. (11.H) (voir *Annexe C*, section 3.2 pour consulter deux autres citations s'inscrivant en ce sens)

2) L'écoute et la compréhension

La plupart des participants ont également identifié l'écoute et la compréhension comme élément central afin d'établir un bon lien avec leurs clients (lire que ceux-ci se sentent *entendus* et *compris* dans ce qu'ils vivent, tant sur le plan expérientiel, qu'affectif).

---

[9] Précisons que l'inclusion des parenthèses [...] signifie que les phrases rapportées étaient entrecoupées par d'autres propos, soit de la part du participant, soit de la part de l'interviewer, ou encore des deux. Considérant l'importance de la place accordée aux extraits de verbatim dans la présente recherche, il nous a ainsi semblé plus pertinent de ne pas inclure les questions de l'intervieweur liées à chacun des extraits rapportés. Le lecteur pourra ainsi vouloir se référer au schéma d'entretien (voir annexe A) afin de consulter l'ensemble des thèmes et l'ordre dans lequel ils ont été abordés.

[10] Précisons que le chiffre (dans ce cas-ci « 9 ») représente le numéro par lequel est identifié le participant. La lettre suivant ce numéro (dans ce cas-ci « T ») indique l'orientation théorique du participant, soit « T » pour thérapie cognitivo-comportementale (TCC), « P » pour psychodynamique, ainsi que « H » pour humaniste.

> Je dirais aussi être à l'écoute des subtilités pour que le se sente entendu et compris, dans ce qu'il vit sur le plan affectif. (2.H) (voir *Annexe C*, section 3.3 pour consulter six autres citations s'inscrivant en ce sens)

En ce qui a trait aux techniques afin de s'assurer que leurs clients se sentent entendu et compris, il a principalement été question de *reflet* et de *reformulation*. Certains participants ont également soulignés qu'ils tentent de rester le plus possible en *accordage* (lire en demeurant syntonisé) avec l'expérience affective de leur client, notamment dans le but de s'assurer de bien les comprendre, ainsi que de s'intéresser à l'univers de la personne, par exemple à ses expériences de vies et ses intérêts.

> Comme technique pour entrer en lien, j'utilise beaucoup l'écoute [...] J'explore l'histoire de vie de la personne et je tente de me connecter avec ses émotions pour qu'il se sente entendu, accueilli, et compris. (5.T) (voir *Annexe C*, section 3.4 pour consulter trois autres citations s'inscrivant en ce sens)

3) Le respect

La notion de respect a été identifiée par l'ensemble des participants en tant que condition centrale afin d'établir le lien avec leurs clients. Il convient toutefois de séparer cette dimension de respect en deux facettes, soit le respect du client *en tant que personne*, dans ce qu'elle est, ce qu'elle vit, ce qu'elle pense (lire l'égard et la considération offerte à une personne, en tant qu'être unique et égal en dignité, nonobstant son âge, sa manière d'être, la problématique qui l'amène à consulter, etc.).

> La première valeur qui me vient comme ça, mais qui est un peu déconnectée de la cognition, c'est le respect [...] Je dirais que c'est le respect de l'unicité de l'autre. D'essayer vraiment le moins possible d'être dans le jugement [...] Je trouve ça fondamental, aussi, d'être dans l'acceptation de l'autre. Qu'il puisse sentir qu'il est accepté comme il est, que je respecte sa façon d'être et que je ne le jugerais pas s'il est de telle ou telle façon. (5.T) (voir *Annexe C*, section 3.5 pour consulter trois autres citations s'inscrivant en ce sens)

La seconde facette du respect serait davantage liée au *rythme du client*. Dans ce cas-ci, il n'est donc pas seulement question de respect de la personne dans ce qu'elle est, en tant que personne, mais aussi d'acceptation du sens que le client voudra (et pourra, devrait-on ajouter) donner à la démarche thérapeutique, en fonction de sa manière d'être, de ses enjeux, de ses besoins, etc.

> Une valeur importante, c'est le respect. L'accueil de la personne. Pas juste dans ce qu'elle est, sa personnalité, son tempérament, où elle est rendue dans sa vie puis tout; mais aussi dans c'est quoi ses attentes, ses objectifs et ce qu'elle veut travailler en thérapie [...] Pour moi ça représente un art important à apprendre de savoir suivre le rythme du client. (12.H) (voir *Annexe C*, section 3.6 pour consulter cinq autres citations s'inscrivant en ce sens)

Notons que parmi les principales façons de faire et valeurs recensées afin de respecter le client, les participants ont identifiés divers éléments, tels que la flexibilité, l'ouverture, l'autodétermination, l'autonomie, le non-jugement et l'empathie.

4) S'ajuster au client

Tous les participants ont également abordé l'importance de s'ajuster au client en tant que condition centrale afin d'établir un lien thérapeutique de qualité avec leur client. Cela implique notamment l'habileté et la flexibilité nécessaire à s'adapter au client en fonction de nombreux facteurs, par exemple dans *ce qu'il est* en tant que personne (l'organisation de sa personnalité, sa dynamique relationnelle, ses valeurs, etc.) mais aussi en fonction de *ce à quoi il aspire* (ses besoins, ses attentes, ses objectifs, ses demandes, etc.), à son expérience affective, à ses besoins ou à la rétroaction dont il fait part.

> Par exemple, si je décèle des signes de nervosité, je vais m'ajuster [...] Des fois, il y a des clients que tu sens que c'est anxiogène pour eux, que c'est nouveau. Dans ce temps-là, tsé, je vais normaliser ou je vais questionner [...] C'est sûr qu'avec certains clients je vais avoir tendance à plus « materner ». Je dis materner parce que c'est le mot qui me vient en premier mais tsé, on parlait tantôt de rassurer, de

> vérifier, du soucie qu'il se sent accueillie [...] C'est le genre d'ajustement qui fait que ça améliore beaucoup le lien avec le client. (10.T) (voir *Annexe C*, section 3.7 pour consulter sept autres citations s'inscrivant en ce sens)

5) Le sentiment de confiance et de sécurité

La dernière condition centrale identifié par l'ensemble des participants afin d'établir un bon lien avec leurs clients représente le sentiment de confiance et de sécurité. Divers propos laissent entendre toute une série d'attitudes et de comportements très variés afin de rendre cela possible, dont le support, le non-jugement, l'acceptation, l'ouverture, l'empathie, la bienveillance, la disponibilité, etc. On constate également la présence de conditions qui recoupent celles mentionnées dans les thèmes précédents, soit de rendre le client à l'aise, l'écouter et le comprendre, le respecter et s'adapter à lui.

> C'est de créer un contexte qui est favorable à la thérapie. Que la personne se sente à l'aise et qu'elle soit capable d'être en confiance [...] C'est une façon d'être qui dit : « je te respect et je suis avec toi » [...] Pour bâtir une bonne alliance, je cherche à créer un contexte dans lequel personne va se sentir en sécurité. (5.T) (voir *Annexe C*, section 3.8 pour consulter cinq autres citations s'inscrivant en ce sens)

3.3.2 La conception de l'alliance thérapeutique

Sur le plan de la définition, on constate que l'ensemble des participants associent clairement, et assez spontanément, l'AT au *travail de collaboration* (la notion principale à laquelle l'AT réfère)[11]. Ceux-ci y réfèrent en parlant, par exemple, d'« engagement mutuel », de « projet commun » ou encore de « travailler ensemble vers un but conjoint ».

---

[11] Rappelons la définition de l'AT, soit un travail de collaboration entre le thérapeute et son client se fondant sur trois dimensions : 1) l'entente sur les *objectifs*, 2) l'entente sur les *rôles/tâches* et 3) le *lien affectif*.

> L'AT, c'est la volonté, de part et d'autre, de travailler conjointement [...] C'est ce qui fait que deux individus sont capables d'interagir ensemble, dans un contexte thérapeutique. (7.P) (voir *Annexe C*, section 3.9 pour consulter une autre citation s'inscrivant en ce sens)

Sur le plan des composantes plus spécifiques, on perçoit que c'est avant tout la *dimension relationnelle* (voire le lien affectif) qui se met davantage en relief, dans le discours des répondants, lorsque ceux-ci ont été invités à fournir leur propre définition de l'AT[12]. On sent effectivement que ceux-ci en parlent aisément, clairement et de manière détaillée, et qu'ils identifient facilement des exemples afin d'illustrer leur propos.

Plus spécifiquement, on observe que les participants semblent effectivement associer assez naturellement le terme d'« alliance thérapeutique » à la notion de relation entre deux personnes et à qualité de lien que cela requiert, sur le plan clinique. Ces derniers y font allusion en utilisant des expressions telles que « connexion », « mutualité », « confiance », « ensemble », « équipe », « non jugement », « sur un pied d'égalité », etc.

> Pour moi, l'alliance thérapeutique, ça réfère principalement à la qualité du lien que partage deux personnes et qui font qu'elles vont pouvoir travailler cliniquement ensemble [...] Ce lien-là, c'est la base sur laquelle on peut faire reposer un bon travail clinique solide. (12.H) (voir *Annexe C*, section 3.10 pour consulter trois autres citations s'inscrivant en ce sens)

---

[12] Rappelons ici que les trois grandes dimensions de l'AT se regroupent autour de la notion de *travail de collaboration* qui prend place entre le thérapeute et son client. Sur le plan de l'analyse, on comprend ainsi que la référence à l'une ou l'autre de ces trois dimensions présuppose toujours, de manière plus ou moins implicite, ce travail de collaboration dans un contexte clinique (la raison principale sur laquelle se fonde la relation entre le thérapeute et son client), et vice et versa. À titre d'exemple, si l'on aborde la question de la qualité du lien (la composante affective et relationnelle de l'AT), on comprend que cela réfère tout autant implicitement au travail de collaboration (ce que le thérapeute et le client accomplissent conjointement), qu'à la dimension des objectifs (ce que le travail clinique visera) ou encore aux rôles et aux tâches (ce que chacun accomplira, et par l'entremise de quelles tâches, dans cette relation, afin d'atteindre les objectifs). Un défi important est alors d'analyser séparément l'une ou l'autre de ces trois dimensions si intimement inter-reliées en tentant de dégager ce qui ressort de manière plus prégnante et/ou distinctive (par exemple en identifiant ce qui est nommé par les participants de manière plus explicite).

Un autre aspect allant dans le sens du lien affectif (et de sa qualité) étant souvent revenu dans le propos des répondants est celui d'*être à l'aise et ouvert à parler*, ce qui suggère un contexte propice à l'ouverture et au dévoilement de soi.

> Pour moi, l'AT, c'est une question de confiance. Vraiment là, c'est une confiance qui se joue à deux [...] Je considère qu'il y a une AT à partir du moment où la personne commence à être assez à l'aise pour me parler de choses qu'elle n'oserait pas parler avec d'autres personnes. Elle n'oserait pas explorer tout ça [...] Ils ne voudront pas en parler avec d'autres personnes. Bien quand ils viennent t'en parler pour la première fois, ça, c'est un bon signe d'AT. (6.P) (voir *Annexe C*, section 3.11 pour consulter quatre autres citations s'inscrivant en ce sens)

On a aussi pu constater que la majorité des participants associent la qualité du lien affectif partagé avec le client à la notion de *confiance*, qui elle se mélange à celle de l'*investissement* (lire la motivation, l'engagement) de ce dernier dans la démarche, ce qui constituerait ainsi un incitatif pour l'adhésion du client dans le processus psychothérapeutique. Une telle association reflète d'ailleurs bien cette imbrication observé entre la notion de travail de collaboration et lien affectif, tout en suggérant implicitement les deux autres dimensions de l'AT (soit les objectifs et les rôles/tâches).

> L'alliance, c'est de créer un lien où la confiance est assez présente pour que le client soit ouvert à parler, et qu'il soit prêt à être respectueux dans cet engagement-là qu'il a avec le thérapeute [...] Pour qu'elle se sente prête à parler, à s'impliquer dans le projet [...] Donc, c'est vraiment pour la rendre à l'aise et en confiance, ce qui va la conduire à s'impliquer. Le but, c'est de la conduire à s'engager vraiment dans le travail sur des enjeux majeurs chez elle, pour qu'elle puisse grandir de tout ça. (8.T) (voir *Annexe C*, section 3.12 pour consulter quatre autres citations s'inscrivant en ce sens)

Précisions, de fait, que seulement la moitié des participants ont considérés dans leur définition, de manière plus spécifique, les deux aspects plus techniques de l'AT (lire l'entente sur les objectifs et les rôles/tâches de chacun). Ceux-là parlent alors d'« engagement formel » (voire d'une « entente mutuelle », d'un « contrat » entre le

thérapeute et son client, etc.) et rapprochent ainsi explicitement la notion d'AT à celle d'une tâche à accomplir, d'une entreprise à mener à terme.

> Pour moi, l'alliance, c'est aussi d'être capable de s'entendre sur : « ok c'est quoi qu'on va travailler? D'être capable de mettre des mots. De s'entendre sur des choses, d'identifier des objectifs, de nommer les difficultés [...] L'alliance, c'est comme ça : que les deux soient capables de regarder dans la même direction, avec les mêmes objectifs. (10.T) (voir *Annexe C*, section 3.13 pour consulter deux autres citations s'inscrivant en ce sens)

Mentionnons enfin au sujet de la conception de l'AT que tous les participants, sans exception, ont affirmé accorder une très grande importance à la notion de l'AT dans leur façon d'aborder la psychothérapie, en tant que thérapeute. Le propos de plusieurs suggèrent d'ailleurs qu'ils la perçoivent comme étant un des, sinon l'élément auquel ils accordent le plus d'importance, eu égard au travail clinique et leur travail de thérapeute.

> Pour moi, l'AT, c'est vraiment central parce que s'il n'y a pas, c'est très difficile de travailler... Je pense que je mettrais d'ailleurs cette dimension-là au rang de choses les plus significatives pour moi. Je dirais même que l'AT représente l'élément le plus important pour moi en termes de travail clinique. (3.P) (voir *Annexe C*, section 3.14 pour consulter cinq autres citations s'inscrivant en ce sens)

3.3.3 Les moyens pour définir les objectifs, les rôles et les tâches

De manière générale, les participants rapportent aborder la notion d'objectif avec leurs clients avant tout dans un esprit de collaboration, ensemble.

> Je l'invite [lire le client] aussi à définir lui-même son objectif, mais en même temps, je lui suggère quand même ce qui semble important à mes yeux, selon ce que je vois de cette personne. Puis, je tente d'explorer si ça peut avoir de l'importance aux yeux du client [...] Généralement, ou c'est moi qui nomme un objectif et la cliente est d'accord, ou c'est elle qui nomme clairement ses objectifs

> et on va dans ce sens-là [...] On définit toujours ça ensemble. (5.T) (voir *Annexe C*, section 3.15 pour consulter une autre citation s'inscrivant en ce sens)

Dans une même perspective, la grande majorité des participants a fait valoir que cela va à la fois dépendre du discours du client et de leur compréhension clinique. Cela suggère que les objectifs seront conditionnés non seulement en fonction des *besoins*, des *demandes* et des *attentes* que formulera le client, mais aussi en fonction de la *compréhension clinique* (organisation de la personnalité, mode relationnel, enjeux, etc.) que les participants élaboreront durant les premières rencontres (en fonction des propos du clients).

> Ça va se déterminer en fonction d'un ensemble de choses. Qu'est-ce que le client rapporte, qu'est-ce qu'il note vouloir travailler, qu'est-ce que je comprends de son fonctionnement et de son mode relationnel [...] En gros, je dirais qu'on fait ça ensemble en fonction de ce qu'elle souhaite et de que je perçois d'elle, au plan clinique. (12.H) (voir *Annexe C*, section 3.16 pour consulter une autre citation s'inscrivant en ce sens)

Globalement, on constate que la majorité d'entre eux vont interroger les clients assez *ouvertement* sur les objectifs qu'ils poursuivent, dans le cadre de la psychothérapie. De manière plus spécifique, il convient néanmoins de diviser leur manière de faire en deux groupe. D'un côté, sept participants rapportent interroger leurs clients assez directement, dès les premières rencontres, aux sujets des objectifs. Cela appert être fait dans un esprit concret et pratique permettant d'amorcer la psychothérapie, en fonction de la demande explicite du client.

> Avant de déterminer nos projets, je m'assure de connaitre un peu mieux plus qui est la personne [...] Le but est d'explorer pour trouver les priorités du client. On cherche donc ensemble à trouver ce qui importe vraiment à la personne [...] Ça fait partie de comment je détermine les objectifs lors de la première rencontre. (8.T) (voir *Annexe C*, section 3.17 pour consulter deux autres citations s'inscrivant en ce sens)

Les cinq autres participants semblent prendre plus de temps pour déterminer les objectifs. Pour eux, la clarification spécifique et précise de cette dimension apparait moins prioritaire (du moins explicitement), non plus qu'essentiel à l'amorce de la thérapie. Une telle façon de procéder laisse également entendre que la priorité est davantage accordée à la demande implicite du client, c'est-à-dire aux « causes » sous-jacentes, parfois mêmes inconscientes, des difficultés que ce dernier éprouve.

> Je n'ai pas vraiment de canevas établi de façon rigide pour établir les tâches ou les objectifs [...] De façon naturelle, spontanée, il y a quelque chose qui va s'établir. Au lieu de le demander directement, au début, j'aime bien que les gens prennent le temps d'arriver [...] Moi, j'aime ça avoir un espèce de contexte avant d'embarquer dans la question des objectifs thérapeutiques. (7.P) (voir *Annexe C*, section 3.18 pour consulter une autre citation s'inscrivant en ce sens)

Rajoutons à ce sujet que seulement quatre participants (tous d'orientation TCC) ont énoncé explicitement l'importance de la *priorisation* et de la *clarté* des objectifs en tant que facteur central de la démarche (ainsi que de la qualité de l'AT, par la même occasion).

> Premièrement, tu as ton évaluation qui est souvent importante. Ça, ça détermine souvent sur quoi que tu vas travailler pendant ton intervention. Parce que moi, je suis très TCC; j'ai des objectifs [...] Je prends quand même du temps, après mon évaluation de trois rencontres pour faire comme : « voici les objectifs qu'on a à atteindre ». Puis les objectifs sont souvent très clairs. Moi, j'aime bien ça quand c'est précis on qu'on sait clairement ce que l'on vise [...] En s'entendant clairement sur les objectifs, bien c'est sur que ça être bon pour la motivation du client, puis notre lien [...] Ça va contribuer à ce qu'on ait une meilleur alliance. (9.T) (voir *Annexe C*, section 3.19 pour consulter deux autres citations s'inscrivant en ce sens)

Mentionnons, par ailleurs, qu'un seul participant a soulevé d'emblée la possibilité d'une *disparité* (sujet central, puisqu'introduisant la notion de rupture d'alliance) entre la demande du client et la compréhension clinique du thérapeute, relativement aux objectifs de la démarche (ainsi que l'importance sous-jacente de s'attarder à la

signification clinique du fondement des désirs des clients, en termes d'objectifs, de même que d'être capable de remettre en question leur « pertinence » clinique).

> Il y a des personnes que leurs objectifs vont être en contradiction avec leur besoin d'autonomie [...] ou de leur bien-être [...] Je n'irai pas lui dire : « tsé, il faut que ton objectif soit ça », mais je vais questionner son objectif, pour qu'elle fasse une démarche là-dessus [...] Je ne suivrai pas aveuglément l'objectif du client. C'est-à-dire que je ne suivrais pas si c'est pour amener la personne dans un pattern qui va devenir de pire en pire. (6.P)

Les autres participants semblent partager une perspective sensiblement assez analogue de la question de la disparité entre les objectifs du client et ceux du thérapeute, soit qu'ils vont finir par partager leur vision de la chose sans toutefois l'imposer, et que cela se fera dans un esprit de négociation et de collaboration.

> C'est beaucoup en fonction de la demande du client que sont définis les objectifs. Par contre, il y a de choses que moi, je peux voir. Je vais donc les proposer. Je vais dire du genre : « ça serait peut-être intéressant de travailler sur tel aspect ». Mais si le client ne veut pas y travailler, ou s'il ne veut pas y toucher, je n'y toucherai pas. (3.P)

Précisons que l'on constate d'ailleurs un peu cette même réserve (voire un certain inconfort) quant au sujet du retour sur les objectifs, en cours de suivi psychothérapique, que celle perçue en ce qui a trait au sujet de la disparité entre les objectifs du client et la lecture clinique du thérapeute. D'une part, on note que la plupart des participants n'ont pas eu le réflexe d'aborder le sujet eux-mêmes, lorsqu'il était question de l'établissement des objectifs. D'une autre, on remarque que plus de la moitié des participants ont semblé avoir davantage de difficultés à élaborer une réponse sur le sujet, un peu comme s'ils abordaient un thème qui est rarement considéré.

Plus spécifiquement, précisons que cinq participants ont rapportés se servir du retour aux objectifs initiaux en cours de démarche comme d'un moyen de renforcement de la motivation et/ou de la qualité du lien avec le client.

> Pour moi, tout ce qui implique des objectifs nécessite obligatoirement un retour constant, histoire d'évaluer leur degré d'atteinte [...] C'est non seulement une bonne façon de mesurer la « progression » de la démarche, mais aussi pour permettre au client de se donner du recul [...] C'est aussi une bonne façon de se moduler aux besoins du clients qui peuvent changer, en cours de route, mais aussi qui vont surtout se préciser, à mesure que la thérapie avance [...] Tsé, si on parle d'AT, le retour sur les objectifs, ça permet également de s'assurer de la qualité et de la satisfaction de chacun, dans notre degré d'engagement et de collaboration [...] C'est aussi une très bonne façon de s'assurer que je reste collé sur l'expérience du client, qu'il soit question de ses attentes, de ses insatisfactions. (11.H) (voir *Annexe C*, section 3.20 pour consulter trois autres citations s'inscrivant en ce sens)

Pour ce qui est de l'établissement des rôles et des tâches de chacun dans la psychothérapie, notons d'abord que seulement trois participants l'ont explicitement associé à la question du cadre.

> Quand on parle de rôle, je pense que notre rôle premier, en tant que thérapeute, c'est d'accueillir la personne et se s'assurer de mettre en place un climat qui va permettre de se sentir en confiance et en sécurité avec toi. Sur le plan des rôles, il importe donc qu'on installe un cadre clair et consistant, ce qui va aider à mettre en place les conditions nécessaires pour générer un contexte propice à la thérapie. Cela signifie notamment expliquer les règles et les attentes, de part et d'autres [...] Si on dit que l'AT se fonde avant tout sur un bon lien de collaboration, pour moi, ça veut dire que c'est important de prendre le temps de négocier ça avec la personne, c'est quoi ses attentes? Comment elle entrevoit la démarche qu'on va faire ensemble et comment elle espère que je peux l'aider à atteindre les objectifs qu'on a fixés ensemble? (11.H)

Précisons ensuite que l'une des réponses qui est revenue le plus souvent dans les propos des participants concernant les rôles et les tâches est qu'ils entrevoient ces deux dimensions essentiellement sous l'angle que le thérapeute est avant tout l'*expert du processus* (voire qu'il est celui qui possède les expertises relativement aux

comportements et à la psyché humaine) et que le client est l'*expert de sa réalité* (lire qu'il est celui qui est le mieux placé pour parler de sa propre expérience affective et de sa souffrance). Sur le plan des rôles, plusieurs participants estiment ainsi qu'il soit au client de faire part de « de ce qui ne va pas » et que c'est à eux, en tant que thérapeute, de les aider « à traiter ce qui ne va pas ». Dans une même perspective, ces participants estiment qu'une tâche centrale qui incombe au client est donc « de partager leur expérience affective » afin que le thérapeute puisse intervenir « sur cette souffrance affective ».

> Ça va arriver où je vais utiliser l'expression bien simple, par rapport aux tâches, que c'est au client d'amener le contenu de sa vie. Moi, mon expertise, c'est dans la compréhension du fonctionnement humain. Puis, à nous deux, lui en amenant sa vie, et moi dans la compréhension de sa vie et du fonctionnement humain, à nous deux, on va donner un sens à ce qu'il a vécu et à ce qui l'empêche de fonctionner pour arriver à un meilleur résultat pour lui. (7.P) (voir *Annexe C*, section 3.21 pour consulter cinq autres citations s'inscrivant en ce sens)

Mentionnons également que la notion de *collaboration* (et de manière sous jacentes le rôle d'accompagnateur, qui guide et supporte que ceux ceux-ci prenne généralement) est un autre élément qui est souvent ressorti dans les réponses des participants, lorsque ceux-ci étaient invités à préciser la manière dont ils conçoivent la notion des rôles et tâches respectifs de chacun, dans le cadre de la psychothérapie.

> Pour ce qui est des rôles et des tâches, je pense que c'est un peu la même chose. Je le nomme et je valide avec la personne. En fait, je parle souvent d'un travail d'équipe. Je pense qu'on est pas mal là-dedans. Tu sais, qu'est-ce que je m'attend que le client fasse, et qu'est-ce que moi je vais faire [...] On décide ça pas mal ensemble [...] Je vais l'accompagner là-dedans. (5.T) (voir *Annexe C*, section 3.22 pour consulter quatre autres citations s'inscrivant en ce sens)

Précisons, en outre, que se sont les participants d'orientation TCC qui ont fourni les réponses les plus détaillées et spécifiques concernant les tâches qui seront accomplies, dans le cadre de la psychothérapie (lire qu'ils accordent, par exemple, une attention particulière au fait de bien expliquer la nature et la pertinence des

exercices proposés, de même que de s'assurer tant du degré d'accord, d'aisance, de capacité et de motivation du client, eu égard à ces exercices).

> J'ai quand même souvent des travaux pratiques [...] Ça peut être de tenir un journal de bord, des questionnaires à remplir, des exercices d'exposition graduée à faire dans leur vie quotidienne qu'on a élaborés ensemble durant la séance. Ça peut aussi être de pratiquer des techniques de relaxation comme de la respiration diaphragmatique ou de visualisation. Dans le bureau, je peux faire pleins d'exercices tels que des jeux de rôles, par exemple si on travaille l'affirmation de soi. Ça peut aussi être des volets de psychoéducation [...] Ça peut aussi de faire de la restructuration cognitive, du genre déterminer la situation, les croyances, les conséquences et l'évaluation [...] Le client va toujours être informé des détails entourant ces exercices-là. Je vais aussi explorer et valider son niveau de motivation et d'engagement en lien avec ça [...] Puis je vais m'adapter au client. (10.T) (voir *Annexe C*, section 3.23 pour consulter trois autres citations s'inscrivant en ce sens)

Soulignons enfin que, de manière générale, les répondants d'orientation psychodynamique et humaniste ont peu parlé de tâches spécifiques, telles que des exercices de focalisation sur l'émotion, ou encore de dialogue à chaise vide ou d'association. En fait, leurs réponses se résument plutôt à ce qui à été dit dans cas des rôles respectifs de chacun dans la démarche, c'est-à-dire que c'est au client qu'incombe la responsabilité « de rapporter son expérience personnelle », et que ceux-ci seront là pour l'accompagner dans sa réflexion.

3.3.4 La conception des ruptures d'alliance

On constate d'emblée que les participants parlent plus aisément du concept de l'AT que de celui de RA. En effet, non seulement divers participants ne connaissent par l'expression de rupture d'alliance, plusieurs d'entre eux n'en possèdent qu'une compréhension partielle, voire parfois erronée. À titre d'exemple, on note que plusieurs participants ont comme réaction de demander des précisions lorsqu'ils

étaient invités à identifier s'ils leur arrivent parfois de vivre des RA[13]. Soit ils n'apparaissent pas certains du sens qu'il faut donner à l'expression « rupture d'alliance », soit ils n'en avaient tout bonnement jamais entendu parler du terme. Le fait que les participants soient invités à élaborer une réponse en fonction de ce qu'ils connaissent de cette notion avant qu'on leur transmette davantage de précisions faisait d'ailleurs bien ressortir cette connaissance incomplète, voire parfois fausse des RA.

Sur le plan de leurs représentations, on observe notamment que plusieurs répondants associent assez spontanément la notion de RA avec l'abandon thérapeutique (voire unilatéral et définitif).

> Je ne peux pas dire qu'il y a vraiment une RA, parce que la cliente est encore là, mais on ne s'entend pas vraiment. (5.P) (voir *Annexe C*, section 3.24 pour consulter quatre autres citations s'inscrivant en ce sens)

Plus spécifiquement, on remarque que de nombreux participants contestent l'utilisation du mot « rupture » pour désigner une RA (qui renvoie, rappelons-le, sur le plan de la définition, à une « déconnexion émotionnelle », à une « interruption de la collaboration »). C'est-à-dire d'accepter le terme de « rupture » en tant que dimension pouvant relever de l'ordre du « partiel », du « momentané », et non nécessairement du « définitif » et de l'«irrévocable ».

> C'est juste que quand tu me rapportes la définition, je trouve que le terme « rupture » d'alliance, c'est peut-être juste moi, mais... Pour moi, une rupture, c'est plus définitif. Ce n'est pas quelque chose de temporaire ou de passager. C'est plus définitif, dans le sens que ça ne fonctionne plus, qu'il est arrivé quelque chose entre le thérapeute et le client et que ça amène à un arrêt de la démarche

---

[13] Rappelons ici la procédure utilisée lors des entrevues : nous avons d'abord commencé par explorer le sujet des RA sous un angle général (définition, expériences vécues dans le cadre de leur pratique, etc.), entre autres pour déterminer ce que les participants en comprennent. Au travers de cette exploration, nous leur avons éventuellement partagé la définition générique d'une RA, de même qu'un peu plus tard les deux types de RA).

> [...] Moi, j'appellerais ça une « désynchronisation ». Je ne vais pas *sticker* sur les mots. (4.T) (voir *Annexe C*, section 3.25 pour consulter quatre autres citations s'inscrivant en ce sens)

On observe ainsi que plusieurs participants se représentent la RA sous la forme de « micro rupture » (qu'ils identifient aussi en utilisant des termes connexes tels que « mini rupture », « fissure », « déchirure », « variation », « fluctuation », etc.) et les abandons de suivi psychothérapeutique en tant que RA « véritable ».

> Dans le premier cas que je te parle, c'est plus des mini-ruptures car, effectivement, on sent que le lien est encore là. C'est juste que la personne est moins présente. Elle est moins là. Tandis que dans le second cas, la rupture est concrète. Le lien est brisé [...] La personne n'est plus revenue. (8.T)

Sur le plan des représentations, on remarque un autre constat assez commun chez plusieurs des participants, soit celui d'évoquer seulement une des deux « types » de RA, lorsqu'invité à fournir une définition. En effet, de façon assez générale, ils décrivent des attitudes et des comportements relevant d'une impasse relationnelle de type (« retrait/conformité »), mais n'abordent pas la question de la « confrontation » (une dimension que plusieurs identifient plutôt à un abandon définitif).

> Bien, je dirais qu'il y a deux types de rupture. La première, pour moi, c'est quand quelqu'un qui vient et qui ne répond plus à mes questions, qui ne participe plus ou qui te fuis, ou encore qu'il ne rentre pas en profondeur [...] qu'il évite le noyau dur. Ça, pour moi c'est une RA. Mais le lien reste [...] Puis le deuxième type de rupture, c'est les RA concrètes. (9.T)

On constate, par ailleurs, que le quart (3) des participants semblent se faire une représentation assez juste et complète des RA.

> Si j'avais une définition à fournir, je me rapporterais sans doute à celle de l'AT et je la renverserais à la négative. En ce sens que si l'AT consiste en un accord de collaboration concernant des buts, des tâches et des mandats que chacun vont prendre dans la thérapie, on peut légitimement présumer que la RA consiste en une

> interruption plus ou moins importante de cette collaboration-là, et que le lien thérapeutique s'en trouve affecté, à plus ou moins divers degré. (11.H)

Précisons enfin au sujet de la représentation des RA que tous les participants ont rapporté percevoir l'utilité clinique de leur négociation, de même que l'importance d'être en mesure de savoir les reconnaitre, en tant que thérapeute. L'examen plus attentif de leurs réponses permet toutefois de constater un degré d'importance différent accordé par ceux-ci. De fait, si chacun des participants s'entend pour dire que les RA constitue une dimension non négligeable de la psychothérapie, près de la moitié d'entre eux semblent reconnaitre les RA et leur négociation comme un aspect déterminant du travail clinique. Ceux-là en parlent comme d'une composante « essentielle » (voire « incontournable », « nécessaire », « obligatoire », « la base du processus thérapeutique réparateur » etc.), notamment en raison de la richesse de l'information clinique que cela fournit sur la dynamique personnelle du client, mais aussi à cause du potentiel « réparateur » qui y réside.

> C'est des moments qui sont extrêmement précieux, à mon avis. Ça ressemble à un « quitte ou double ». Lorsqu'il y a une RA, si les deux personnes qui sont en relation réussissent à surmonter ça, à mon avis, l'AT en devient doublée, voire même triplée et quadruplée, des fois. Parce que là, quel merveilleux test pour la relation qu'une rupture, qu'un gros conflit... Et quand ils se rendent compte que le thérapeute est encore là, à côté d'eux autres, même si on pourrait juger que tel comportement qu'un patient peut avoir eu envers son thérapeute est irrespectueux, par exemple, bien le thérapeute est encore là et il ne le juge pas. Et il est encore empathique et attentif à la personne. Bien quand ce genre de patient-là est capable de passer à l'étape suivante, ça prend un sens merveilleux [...] Personnellement, je trouve que c'est à partir de ces moments-là que la confiance est vraiment là et que le travail se fait réellement [...] C'est le trésor qu'il y a de l'autre côté. (6.P) (voir *Annexe C*, section 3.26 pour consulter trois autres citations s'inscrivant en ce sens)

3.3.5 La reconnaissance des ruptures d'alliance

Au sujet de la reconnaissance des RA, notons d'abord que le quart (3) des participants ont rapporté assez aisément divers marqueurs sur lesquels ils s'attardent pour reconnaitre une possible RA entre eux et le client. Leurs diverses réponses à ce sujet laissent entendre que ces derniers semblent en mesure de pouvoir faire une lecture assez fine des indices suggérant une impasse relationnelle et cela, autant en ce qui concerne les marqueurs de RA de type « retrait/conformité » que ceux de type « confrontation ». Dans l'ensemble, on note que ces répondants rapportent accorder une importance toute particulière à leur vécu émotif (lire leur régulation affective) afin de distinguer divers éléments pouvant traduire une possible RA. Au nombre des indices, ceux-ci disent notamment porter attention aux signes verbaux et non verbaux, au rythme de la séance, aux changements dans la dynamique relationnelle, ou encore au niveau d'investissement émotif du client.

> C'est beaucoup au feeling qu'on va percevoir ce genre d'indications-là [...] Parmi les signaux disant que je suis peut-être en train de tomber en RA, il y a les réponses moins investie, du genre que le client répond de manière moins élaborée qu'à l'habitude [...] Je porte surtout attention à toutes les signes verbaux et non-verbaux qui sont inhabituels chez le client, comme que je sens de l'irritation dans la voix, que le client change son système de soutien physique sur sa chaise, qu'il devient plus détaché ou hésitant, ou qu'il a l'air de contenir quelque chose [...] Dans les choses plus évidentes, il y a ceux que le client va nous dire directement lui-même, comme quand il est insatisfait de quelque chose de sa thérapie, qu'il n'aime pas telle ou telle affaire. (12.H) (voir *Annexe C*, section 3.27 pour consulter deux autres citations s'inscrivant en ce sens)

Rajoutons, de plus, que ces trois participants ont été en mesure de fournir des exemples cliniques concrets d'expériences dans lesquelles ils ont pu valider avec les clients que leur lecture de possibles marqueurs traduisaient effectivement une RA.

> Par exemple, j'ai une cliente que je sentais qu'elle répondait plus vaguement à mes questions, qu'elle avait l'air plus distante que d'habitude [...] Je l'écoutais en portant attention à la séquence de notre rencontre, et j'avais beau repasser la

> rencontre de la semaine précédente dans ma tête, mais je n'arrivais pas à saisir la raison qui faisait qu'elle était différente de d'habitude. J'ai donc fini par le souligner en disant du genre : « est-ce que c'est moi ou il me semble que tu sembles plus distante ou détachée que d'habitude, aujourd'hui »? Au début, elle a comme eu le réflexe de nier en disant que non, mais en s'y attardant [...] elle a fini par me nommer qu'elle était déçu parce qu'elle m'avait envoyé un texte par courriel sur la « dépendance affective » et elle était déçu que je n'ai pas fait de commentaire. (11.H) (voir *Annexe C*, section 3.28 pour consulter une autre citation s'inscrivant en ce sens)

L'examen des propos des neuf autres participants permet d'observer deux constats plus spécifiques. On remarque d'abord que ceux-ci rapportent principalement se fier à leur *senti* (voire *au feeling*), afin d'identifier si leur client est possiblement en RA.

> Bien je dirais qu'on le sent [...] quand je perçois, que je sens un changement [...] Tsé, on le sent; c'est comme : « non, il y a quelque chose. Ça bloque. Je dis quelque chose puis je suis mal à l'aise quand je suis avec lui. On a comme l'impression qu'il y a quelque chose qui ne fonctionne pas. (8.T) (voir *Annexe C*, section 3.29 pour consulter deux autres citations s'inscrivant en ce sens)

On observe également chez ces neuf participants qu'ils perçoivent le désinvestissement du client (ce qui représente le premier volet de la RA de type « retrait/conformité ») dans la démarche psychothérapeutique comme étant le principal marqueur (lire indice ou signe) possible de RA. Ces derniers utilisent alors des expressions telles que « passivité », « stagnation », « le client n'est plus avec moi », « les clients arrivent et ils se mettent à parler de rien pendant une heure », « ça ne va nulle part », « la personne se retire du contact », « on fait du sur place », « je ne sens pas d'implication de sa part », « les réponses sont moins investies et élaborées que d'habitude », « il y a un désinvestissement de la relation », « ça devient du blablabla », etc.

> Quand la personne vient, mais que c'est long, que ça tourne en rond. Aussi, quand je pose des questions directes puis qu'elle ne répond pas vraiment, ou encore que ce n'est pas très fluide [...] On a l'impression que le temps est long. Que c'est n'importe quoi et que je ne comprends pas [...] Ou quand tu ne sais pas trop les

> prises où aller chercher la personne, que ton évaluation est faite mais que ce n'est pas clair [...] Bref, quand c'est flou, quand c'est plate, quand tu veux aboutir mais que rien ne se passe, pour moi, on est en RA. (9.T) (voir *Annexe C*, section 3.30 pour consulter quatre autres citations s'inscrivant en ce sens)

Rajoutons qu'un seul de ces participants a évoqué ouvertement la notion de *conformité au désir du thérapeute* (dissimulation, simulation, etc.), en tant qu'attitude adoptée par le client pouvant laisser croire en une pseudo-alliance.

> Mais en même temps, ça peut aussi être une réponse récurrente positive ou négative dans le sens que « je suis d'accord... j'accepte tout ». Par exemple, j'ai un client qui disait « oui » à tout et était toujours d'accord avec tout ce que je disais. (8.T)

Soulignons également à ce sujet que quatre de ces participants ont nommé explicitement le *bris du cadre thérapeutique* (lire l'ensemble des règles et modalités entourant la psychothérapie) par le client comme étant un marqueur possible de RA.

> Quand une personne attaque le cadre thérapeutique, par exemple en arrivant en retard, ou qu'elle ne se présente pas ou qu'elle annule systématiquement ses rendez-vous [...] J'ai l'impression qu'elle « gosse » sur le lien thérapeutique, mais en même temps, elle ne donne pas un coup de hache dessus. (2.H) (voir *Annexe C*, section 3.31 pour consulter trois autres citations s'inscrivant en ce sens)

Mentionnons enfin cet autre constat significatif ressortant de l'examen des marqueurs de reconnaissance des RA voulant que plus de la moitié des répondants n'ont pas abordé la question des indices pouvant possiblement traduire une RA de type « confrontation », un sujet sur lequel nous reviendrons plus en détail ultérieurement.

3.3.6 Les moyens pour éviter les ruptures d'alliance

Cinq participants disent ne pas chercher (voire « pas nécessairement », « le moins possible », « pas systématiquement », etc.) à éviter les RA. Ceux-ci expliquent agir

ainsi du fait qu'ils comprennent les impasses relationnelles comme une expérience inévitable et faisant partie inhérente de la psychothérapie, mais aussi parce qu'ils considèrent que les RA peuvent être utilisées comme un levier thérapeutique, lorsque négociées profitablement.

> Je ne dirais pas que je cherche à les éviter [...] Je pense qu'au contraire, quand elles se présentent, elles sont des fenêtres d'opportunité en or pour avoir accès aux enjeux intrapsychiques et relationnelles du client. Il ne faut donc surtout pas éviter ce qui est en train de se passer entre moi et mon client, dans le transfert et le contretransfert [...] Tsé, quand il y a une impasse relationnelle, c'est là que ça devient important d'en profiter pour entrer au cœur de la dynamique de la personne, avec toutes les schémas relationnels et les représentations qui se trouvent derrière [...] À mon sens, ça constituerait une erreur de les éviter ou de les négliger, même si c'est pas toujours évident de traiter ça. (12.H) (voir *Annexe C*, section 3.32 pour consulter quatre autres citations s'inscrivant en ce sens)

Les sept autres participants disent avoir tendance à éviter de tomber en RA avec leurs clients. Parmi les diverses manières de faire qu'ils rapportent afin d'éviter les impasses relationnelles, notons le fait de s'enquérir auprès du client du bon déroulement de la rencontre, de rester en accordage (ou de ne pas tomber en suraccordage) avec l'expérience affective du client, de surveiller la solidité de l'AT ou encore de toujours conserver une attitude professionnelle, entre autres sur le plan du respect du client.

> Pour être sûr d'éviter d'être en RA, je prends tout le temps un peu de temps pour voir comment la personne arrive, pour voir comment elle se sent dans la rencontre. Je m'attarde entre autres à comment a été sa semaine. Est-ce qu'il y a des sujets en particulier qu'elle veut aborder? Veut-elle qu'on aborde des objectifs qui ont déjà été établis? Donc, on prend toujours un certain temps pour ça. Je pense que ça donne au client le temps d'être accueilli et d'avoir son importance [...] Sinon, comment je fais pour éviter les RA... En général, je prends le temps de faire de la reformulation et de l'écoute active pour transmettre le message : « je suis soucieux de te comprendre ». (8.T) (voir *Annexe C*, section 3.33 pour consulter trois autres citations s'inscrivant en ce sens)

De manière plus pointue, on remarque néanmoins que dix participants reconnaissent éviter, à divers degré, certaines situations pouvant engendrer une RA. Différentes raisons ont été évoquées pour agir ainsi, qu'il soit question « de crainte de ne pas savoir comment les racheter », « de ne pas trop savoir comment s'attarder là-dessus », de « ne pas blesser l'autre », « de déplaire », « que le client soit fâché », etc. Le témoignage suivant d'un participant résume d'ailleurs bien cette retenue que plusieurs ont fait mention de laisser les RA s'articuler en tant que processus normal (voire nécessaire) de la thérapie, malgré que ceux-ci se disent au fait de la pertinence clinique de leur négociation.

> Si je répondais selon la perspective de ma superviseure humaniste, je dirais : « c'est une bonne nouvelle, les RA ». Donc logiquement, ça ne serait pas à éviter [...] Mais j'ai tendance à chercher à ce que ça n'arrive pas [...] à beaucoup chercher à mettre le client à l'aise, à vouloir le rassurer [...] Tsé, c'est pas toujours évidement, une fois que tu es avec le client, d'aborder certains sujets... Avec le recul, tu peux voir la pertinence clinique de nommer certaines choses mais une fois avec le client, quand il est devant toi, ce n'est pas toujours évident [...] J'ai bien de la misère à blesser ou faire de la peine. (10.T) (voir *Annexe C*, section 3.34 pour consulter deux autres citations s'inscrivant en ce sens)

3.3.7 L'expérience affective liée aux ruptures d'alliance

Dans l'ensemble, on constate que les réactions affectives rapportées par les participants lorsqu'ils se retrouvent en RA avec leurs clients peuvent être classées en quatre catégories.

1) Locus d'attribution interne

Le premier type de réaction serait lié à un locus d'attribution interne, considérant que les six participants qui se regroupent dans cette catégorie expliquent davantage la RA par des facteurs intrinsèques étant propres à eux (par exemple leur manque de

« savoir-faire »), plutôt que par des caractéristiques ou des enjeux appartenant à leurs clients. Ceux-ci auraient alors tendance à se « remettre en question » lorsqu'ils constatent être en RA avec leurs clients. Leurs divers témoignages sur le sujet permettent d'ailleurs de noter que ces participants peuvent ressentir diverses émotions particulièrement éprouvantes telles que la honte et la tristesse, en passant par l'anxiété, la colère ou la panique. L'élément central apparaît néanmoins être le fait que ces répondants ont tendance à interpréter la RA comme étant le résultat d'un facteur personnel leur étant propre, et ainsi s'interroger sur le « rôle » qu'ils ont pu jouer dans la RA. Ces derniers rapportent qu'ils auront alors le réflexe de tomber en « mode réparation », ainsi que de s'interroger sur comment s'y prendre dans le futur, en vue d'éviter ce genre de situation.

> Ah, moi, c'est sûr, j'aurais tendance à le prendre comme personnel. Je me dirais peut-être que c'est quelque chose dans ma façon de procéder qui a engendré ça [...] Par exemple d'avoir dit quelque chose trop tôt ou que je n'ai pas amené ça correctement [...] Ça me fait vivre une espèce de tristesse ... Je me dis : « pauvre petite madame; j'aurais pu mieux faire » [...] Mon réflexe général, c'est l'envie de dire : « ok, il faut que l'on arrange ça ». Il y a quelque chose qui s'est passé et il faut que je répare ça [...] Je cherche ce que j'ai possiblement pu rater ou encore, ce que je n'ai pas compris de l'expérience du client, dans le feu de l'action. (3.P) (voir *Annexe C*, section 3.35 pour consulter quatre autres citations s'inscrivant en ce sens)

2) Locus d'attribution externe

Le second type de réactions affectives que l'on a pu observer chez les participants lorsque ceux-ci vivent des RA s'explique plutôt par un locus d'attribution externe. Plus précisément, trois participants semblent appréhender les RA comme résultante davantage de la dynamique personnelle de leurs clients (par exemple un client « qui n'est pas motivé »), plutôt qu'attribuable à des caractéristiques qui relèveraient d'eux-mêmes (telles que leur façon d'intervenir, leur attitude, etc.). On constate que ce genre de compréhension génère une expérience affective beaucoup plus ténue que

dans le cas du locus d'attribution interne. Ces participants ne semblent ainsi pas, d'une part, considérer l'impasse relationnelle comme quelque chose de personnel, ce qui pourrait avoir pour effet d'amener ces thérapeutes à se questionner sur leurs compétences personnelles et/ou leurs diverses manières d'intervenir (comme c'est le cas des participants présentant un locus d'attribution interne). D'autre part, ces trois répondants laissent entendre un certain sentiment de confiance devant l'éventualité de devoir composer avec des RA.

> Je n'essaie pas d'éviter l'inconfort, les marques d'incompétences ou les bris d'alliance [...] Ça ne me heurte pas et je suis capable de travailler avec sans problème [...] Par exemple, je n'ai aucune difficulté avec les troubles d'opposition ou avec les clients agressifs. J'ai une capacité d'accueil de ça [...] J'en ris parce que pour moi, c'est un jeu évident qui est en train de se jouer. Je sais comment me débrouiller quand un de mes clients fait ça. Je me dis : « bof, ok, là, il est en train de se débattre comme un petit poisson ». C'est comme de voir un enfant faire la danse du bacon dans un centre d'achat [...] Ils sont en train de projeter leurs propres enjeux sur moi. Et j'ai l'impression que c'est parce qu'ils me font assez confiance pour faire ça. (2.H) (voir *Annexe C*, section 3.36 pour consulter une autre citation s'inscrivant en ce sens)

3) La neutralité

Le troisième type de réactions affectives générées par des RA s'inscrit plutôt dans le registre d'une recherche de neutralité. Le participant décrivant ce genre de réaction note que cela dépend d'un ensemble de facteurs et que, bien que le fait d'intervenir puisse engendrer une certaine appréhension chez lui, il tente de réagir de la manière la plus neutre possible.

> Ça dépend beaucoup de la relation avec la personne et de son passé, et de moi-même, aussi. En fait, ça dépend de toute l'interaction entre ces centaines de variables qui sont en jeu, de près ou de loin [...] Je ne serais pas prêt à dire que j'ai un sentiment qui est récurrent, qui arrive tout le temps, lorsque ça arrive. Mais je ne te cacherai pas que... oui, peut-être qu'on pourrait appeler ça de l'inquiétude. Je vais me questionner du genre : « bon, qu'est-ce qui se passe? Comment qu'il faut réagir? [...] Ça serait peut-être quelque chose qui est un peu plus central que

> ressentir plus souvent de la colère ou du regret. Dans mon cas, c'est peut-être un peu d'inquiétude, mais sans plus. En plus, il faut dire que je pars avec le principe que je dois rester neutre, autant que possible. (6.P)

4) Locus d'attribution interne, externe et de neutralité

On observe enfin une quatrième catégorie de réactions affectives, qui constitue, de fait, une sorte d'amalgame des trois catégories précédentes. Celle-ci regroupe deux participants qui ont rapporté des réactions affectives relevant à la fois du locus d'attribution interne (on explique la RA à partir de certains caractéristiques du thérapeute), du locus d'attribution externe (on explique la RA par des éléments propres au client), et de la recherche de neutralité.

> Ça dépend. Quand je sens que le lien est suffisamment solide pour survivre la rupture, je me sens plus à l'aise de l'aborder. Je suis plus à l'aise avec certains types de rupture aussi, j'imagine. Les menaces dirigées au lien, la possibilité d'abandon de la thérapie ou quand le client active un enjeu de compétence, par exemple en insistant que je réponde à des questions du genre : « explique-moi pourquoi » ou quand il se met en colère après moi [...] Ça, c'est plus un défi pour moi [...] Je dirais que l'émotion dominante serait de la peur mais excitant-stimulant aussi, quand mon sentiment de sécurité intérieure est plus grand. À ce moment-là, je suis dans une disposition plus solide pour l'aborder, l'explorer et faire du sens avec [...] Je commence à saisir qu'en étant attentif à comment mon monde interne s'active face à ce client particulier, ça me donne accès à des données importantes sur son monde à lui. Par contre, ça peut devenir confus si on n'est pas conscient de nos enjeux personnels, quand nos *blind spots* s'activent sans le savoir [...] Sinon, comment départager ce qui m'appartient de ce qui appartient au client? J'imagine que c'est là que ça prend une forme d'objectivité. Que c'est important que notre compréhension repose sur des faits, des comportements, des observations et non pas juste sur de la subjectivité interne. (12.H) (voir *Annexe C*, section 3.37 pour consulter une autre citation s'inscrivant en ce sens)

3.3.8 Le type de rupture d'alliance thérapeutique vécue

<u>Les ruptures d'alliance de type « retrait/conformité »</u>

On constate que l'ensemble des participants ont été en mesure d'identifier des expériences de type « retrait/conformité » dont ils auraient fait l'expérience avec des clients. Il convient toutefois de départager dans l'expérience de ces impasses relationnelles vécues les situations qui ont *été abordées*, de celles qui ne l'ont *pas été*.

Ainsi, quatre participants ont rapportés des exemples concerts de RA de type « retrait/conformité » dont ils ont fait l'expérience avec des clients, et qui ont été abordés.

> J'ai eu un client, dans mon internat, qui avait un TOC. C'était un homme qui passait ses journées à faire ses compulsions et donc, ça devenait vraiment invivable. Il ne voulait pas du tout prendre de médication et il ne voulait pas faire d'action pour changer les choses. Il ne voulait pas, non plus, parler de son passé. Donc, éventuellement, il a fallu que je lui reflète qu'il mettait en échec toutes nos tentatives, et il n'y avait rien que je pouvais faire. Souvent même, en séance, il ne parlait pas. Il ne répondait pas à mes questions [...] Donc, on a reflété ça comme étant une façon de faire, aussi, dans sa vie de tous les jours. Il n'est jamais capable d'accepter rien en provenance de l'environnement. Donc, on a viré ça plutôt sur ses troubles avec l'autorité, l'opposition, etc., plutôt que de traiter le TOC et ça été très profitable [...] Pour moi, c'est un bon exemple de rupture de retrait, que le client ne disait rien ouvertement, mais qu'il résistait quand même. (1.T) (voir *Annexe C*, section 3.38 pour consulter deux autres citations s'inscrivant en ce sens)

Notons également que ces quatre participants ont été en mesure d'identifier comment cela a pu être utilisé comme un levier thérapeutique et que cela ait ainsi été bénéfique pour le client, sur le plan clinique.

> Il y a une cliente très obsessive que j'ai suivi. Elle me racontait toujours ses semaines en détails, presque toujours sur le même ton monotone... Il n'y avait aucun contenu émotif, ou presque pas [...] Je sentais qu'elle était constamment dans l'évitement, et que c'était encore pire quand je lui posais des questions sur son expérience affective [...] Tranquillement, à mesure que notre lien s'est consolidé, j'ai commencé à lui faire remarquer qu'elle ne répondait pas à ma question, quand ça concernait les émotions [...] Elle avait fini par réagir très fortement quand je lui avais fait remarquer avec un peu plus d'insistance que c'est quelque chose qu'il serait peut-être pertinent qu'on s'attarde [...] qu'il y avait possiblement quelque chose de l'ordre du contrôle [...] Elle m'avait fait parvenir

> un courriel en me disant qu'elle s'était sentie pas respectée... Elle estimait que c'était à elle, en tant que cliente, de décider ce dont on devait parler en thérapie et que moi, je devrais respecter son rythme [...] On était visiblement en RA [...] Mais en faisant un retour sur tout ça, ça a vraiment ouvert les portes à parler de plein de choses, dont son côté contrôlant et ses enjeux d'attachement [...] Ça a vraiment déboulé suite à cette rupture-là. On avait pu toucher à plein d'éléments de sa dynamique, dont sa peur d'être blessée et combien elle peut « être chiante » - surtout en relation amoureuse-, son père ultra exigeant, le locus ultra interne qu'elle a développé, sa peur de faire des erreurs, d'être rejetée, de s'attacher et d'avoir besoin de moi [...] Sur le plan clinique, cette rupture-là avait vraiment été géniale, comme effet. (11.H) (voir *Annexe C*, section 3.39 pour consulter trois autres citations s'inscrivant en ce sens)

Cinq autres participants ont été en mesure de rapportés des exemples de RA de type « retrait/conformité » mais qui n'aurait pas été abordés. Ceux expliquent cela de diverses manières, entre autres du fait que « la cliente a arrêté son suivi », « pas vu sur le coup », « pas écouter mon feeling », « difficile d'aborder une sphère du lien qui serait davantage affective », « préféré mettre fin au suivi », « ne veut pas trop achaler les clients », « ne sait pas pourquoi ».

> J'avais proposé une tâche d'activation comportementale où le client avait des symptômes dépressifs. En fait, il se disait dépressif et, justement, qu'il n'avait plus d'énergie pour rien, ni d'intérêt [...] J'ai donc commencé par lui expliquer les principes qui se trouvent en dessous de l'activation comportementale. Que c'est important de se mettre en action, même si ça ne nous tente pas... Je faisais donc de la psychoéducation par rapport à ça, et je lui ai ensuite proposé la feuille des jours de la semaine qu'il devrait remplir [...] C'était l'objectif préétablis et le client était d'accord avec ces tâches [...] Et la semaine suivante, évidemment, il ne l'avait pas fait. Ça fait que je lui ai dit : « bien ce n'est pas grave. Pour la semaine prochaine, on pourrait plutôt faire telle affaire ». Et là, lui m'a tout de suite répondu : « ah, oui; la semaine prochaine, c'est une bonne idée ». Et la semaine suivante, il avait fait l'exercice seulement partiellement, juste la journée avant qu'on se voit. Ça fait que je me suis dit : « bon ben, je pense qu'on perd notre temps » [...] Il était vraiment dans la conformité, je le réalise en te le disant [...] Mais là, au lieu d'aller voir pourquoi c'était difficile pour le client de faire ça, bien je constate que j'ai plus abandonné pour revenir à quelque chose que je sentais qui était moins compliqué pour lui, ou du moins un peu moins engageant [...] Comme je disais tantôt, je n'ai pas tendance à aborder ce genre d'éléments-là [...] C'est plus difficile pour moi d'aborder une sphère du lien qui serait davantage affective. (4.T)

(voir *Annexe C*, section 3.40 pour consulter quatre autres citations s'inscrivant en ce sens)

Cela dit, précisons que le premier des trois participants semblant éprouver plus de difficulté à identifier clairement des situations de RA de type « retrait/conformité », l'explique, entre autre, du fait « qu'elle a tendance à éviter les RA », mais aussi parce qu'elle possède « une bonne habileté à développer le lien avec ses clients » et « que c'est un sujet qui n'est pas beaucoup abordé en supervision ».

Soulignons ensuite concernant les deux autres participants ayant semblé éprouver plus de la difficulté à identifier des exemples concrets de RA de type « retrait/conformité » vécues avec des clients que ceux-ci ont fournit des exemples apparaissant comme davantage génériques (plutôt qu'ancrés de manière spécifique dans leur pratique), ou encore des exemples de comment ils sont arriver à éviter à ne pas tomber en RA, dans ces situations.

Mentionnons enfin au sujet des RA de type « retrait/conformité » que l'on a constaté dans le propos de trois des quatre participants se disant plus à l'aise avec les ruptures de type « confrontation » (dont les deux participants évoqués précédemment comme ayant de la difficulté à identifier des exemples de RA de type type « retrait/conformité ») une difficulté à composer avec ce qu'ils désigne de la « passivité » et/ou d'un « manque de motivation » de la part de leurs clients. Ces derniers l'ont d'ailleurs souligné de diverses manières, par exemple en nommant « être porté sur l'action », « vouloir susciter des réactions », « aimer quand ça bouge et qu'il y a des résultats », ou encore « être de nature plus directive ».

> Oui, pour moi, quand la motivation n'est pas là, c'est un défi. De passer de suppléance à l'accompagnant, ca, c'est un gros défi [...] Ça me passionne de parler des vraies affaires avec le client. Je voudrais que ça avance beaucoup. Donc, ça arrive que je veux plus que le client [...] Quand ils ne faisaient pas leurs devoirs, je contre-transférais de l'agressivité. Je me disais « ostie de gang de poche! ». Ah, c'était violent-là. Je me disais : « faut tu être con un peu? Pourquoi

> tu viens en thérapie, ostie? ». C'était très hostile [...] Parce que moi, j'ai une tendance à être assez actif, de par ma nature directive. Il faut que j'apprenne à travers ma directivité qu'il ne faut pas que ça devienne une suppléance de clients [...] Je suis plus mobilisé que le client [...] je m'en donnais à cœur-joie pour leur donner des conseils. (2.H) (voir *Annexe C*, section 3.41 pour consulter deux autres citations s'inscrivant en ce sens)

Les ruptures d'alliance de type « confrontation »

Cinq participants ont été en mesure de nous fournir des exemples concrets de RA de type « confrontation » dont ils auraient fait l'expérience avec des clients. Ces derniers notent tous avoir abordé l'impasse relationnelle, ainsi que de s'en être servi comme d'un levier thérapeutique. Lorsqu'on s'y attarde, on observe que le degré d'utilisation de RA en tant que levier thérapeutique semble varié d'un participant à l'autre (voir le *processus relationnel de réparation des RA* que propose Greenberg, 2007), en fonction des exemples qu'ils ont cités.

> Il y a une cliente qui après 3 ou 4 rencontres m'avait dit pourquoi elle perdait son temps à venir me voir, que je faisais juste l'écouter et que je ne lui pose pas de questions? Elle avait rajouté qu'elle se laissait une autre rencontre et que si ça continuait comme ça, elle allait arrêter ça [...] Moi j'avais reçu ça en lui proposant d'explorer ça, comment elle sentait du fait d'être devant quelqu'un qui est supposé être là pour l'aider et qu'elle a l'impression qu'il ne fait pas ce qu'il a à faire, qu'il est trop passif [...] Au début, elle avait regimber et trouvait qu'on perdait encore notre temps [...] Quand elle a accepté de jouer le jeu, par contre, ça avait permis pour la première fois de parler de son père. Elle avait pu entrer en contact avec sa souffrance et ses carences affectives causées par le manque de présence de son père, qui était presque jamais à la maison, qui était alcoolique et qui avait de la misère à garder un emploi [...] On avait réussi à faire le lien entre sa frustration envers moi et celle de son père. (12.H) (voir *Annexe C*, section 3.42 pour consulter trois autres citations s'inscrivant en ce sens)

Il convient également de noter à ce sujet que les expériences de RA de type « confrontation » partagés par un de ces cinq participants laissait une impression d'exemples davantage génériques, (plutôt que des situations ancrées de manière explicite dans sa pratique), dans la mesure où ce dernier semblait éprouver de la

difficulté à décrire une situation d'impasse relationnelle plus en détail, une fois qu'il était invité à s'attarder plus spécifiquement sur un des exemples qu'il décrivait.

> Dans cet exemple-là d'un client qui n'aime pas quelque chose, je pourrais dire... mettons qu'il voit pas la pertinence de faire un exercice et qu'il me le dit carrément qu'il trouve que ça n'a pas rapport avec comment ça va l'aider... Tsé, dans ce temps-là, c'est clair que ça ne le motive pas bien, bien, à travailler [...] Je préfère bien plus ça comme ça, quand il te le dit directement. C'est clair et puis il n'y a pas plein de détours à faire [...] Ça ne me gène donc pas du tout d'explorer ça quand un client n'aime pas quelque chose dans ma thérapie... C'est sur que moi, je m'ajuste beaucoup. Comme je te disais, c'est important pour moi de faire dans l'adaptation. Donc quand le client me le dit ouvertement, je peux m'ajuster et proposer des choses qui vont plus le motiver. (9.T)

Pour ce qui est des sept autres participants, notons que ceux qui sont arrivés à fournir des exemples concrets de RA de type « confrontation » ne les ont pas abordés avec leurs clients, et que les autres ont soit fourni des exemples qui apparaissaient davantage génériques (plutôt qu'ancrés concrètement dans leur pratique), soit n'ont pas en mesure d'identifier d'exemple spécifique de ce type d'impasse relationnelle. Au final, deux constats s'imposent. D'une part, on remarque que ces sept participants apparaissent parler de ce thème avec plus de difficulté. D'autre part, on observe que les raisons invoquées pour expliquer pourquoi ces situations évoquées n'ont pas été explorés avec les clients gravitent essentiellement autour d'un même malaise avec ce type de RA, soit « la tendance à éviter les sujets pouvant engendrer de la colère », « le désir de plaire au client », « de ne pas vouloir engendrer d'inconfort », « la crainte de tout gâché », « de ne pas savoir comment aborder ça », etc.

> C'est plus difficile pour moi quand il s'agit d'une confrontation. C'est-à-dire qu'on tombe en rupture et que le client est fâché contre moi. C'est dur pour moi qui a tendance à éviter, pour ne pas le faire fâché. Ça met un malaise. (3.P) (voir *Annexe C*, section 3.43 pour consulter quatre autres citations s'inscrivant en ce sens)

3.3.9 Des défis et enjeux relatifs à la réparation des ruptures d'alliance

On constate que le défi le plus prédominant étant revenu dans le discours du trois quart (8) des participants relève des comportements et affects de leurs clients qui se situent dans le continuum de la colère (voire l'irritation, la frustration, l'insatisfaction, les critiques, le mécontentement, etc.). En effet, ces huit participants ont partagés de diverses manières à quel point cette dimension des RA représentait l'élément qui posait le plus problème pour eux. Ces derniers ont également tous rapportés être plus à l'aise avec les RA de type « retrait/conformité ».

> La colère m'intimide [...] Cela me fait peur [...] Il y a la peur de la confrontation, d'être prise à défaut [...] Il y a surtout la crainte que la personne soit fâchée après moi et qu'elle s'en aille parce que j'ai fait un geste qui pourrait avoir tout gâché [...] Comme je dis, quand c'est un retrait, j'ai l'impression de pouvoir racheter tandis que de l'hostilité, j'ai pas l'impression d'être capable de la racheter. [...] J'ai l'impression de plus comprendre le retrait, je sais davantage quoi dire, quoi faire. Ce sont des personnalités que je sais venir chercher un apaisement. C'est plus instinctif [...] J'ai l'impression d'être plus en contrôle à ce moment, de plus savoir où je vais par rapport à cela, intuitivement. Alors que l'autre je ne sais pas exactement ce qu'il faudrait dire. C'est plus difficile. (1.T) (voir *Annexe C*, section 3.44 pour consulter trois autres citations s'inscrivant en ce sens)

On observe également dans propos de ces huit participants que cela finit par avoir une incidence sur leur façon d'intervenir. À titre d'exemple, plusieurs participants ont rapportés avoir parfois tendance à éviter de faire certaines interventions en lien avec l'application du cadre, mais aussi à ne pas aborder certains sujets qu'ils estiment plus délicats, ou encore à ne pas s'attarder à certaines réactions affectives du client.

> Je n'ai pas eu énormément de clients qui étaient colériques. C'est peut-être parce que je m'arrange, justement, pour qu'ils ne se fâchent pas [...] Je sais que si la personne est hostile, je suis porté à en faire trop [...] Je vais être porté à vouloir qu'elle m'aime et je peux me montrer plus prudent. À y aller sur des œufs, ne pas oser confronter [...] Je dois me fouetter et me dire : « il faut que tu passes par-dessus et que tu continues » [...] Comme exemple que je pourrais te donner, je ne suis pas le genre de thérapeute à mentionner à un client qu'il a l'air irrité parce que

> je lui donne pas le temps supplémentaire et qu'il était arrivé en retard [...] Je vais juste rien dire [...] Je fais aussi rarement remarquer à la personne que je sens qu'elle a l'air irritée ou indisposée par une de mes interventions ou de mes réponses. (4.T) (voir *Annexe C*, section 3.45 pour consulter deux autres citations s'inscrivant en ce sens)

On remarque ainsi dans leurs propos que, sous le couvert de préserver la qualité du lien thérapeutique, ces répondants ont tendance à adopter des attitudes passives leurs permettant d'éviter les impasses relationnelles. Ces derniers notent effectivement avoir tendance à « éviter de confronter », « remettre ça à plus tard », « ne pas aborder le sujet », « faire comme si de rien n'était », etc., plutôt que de devoir « confronter » le client à des contenus possiblement désagréables à aborder, ou encore qui pourraient avoir un impact sur la qualité du lien thérapeutique. On perçoit également dans plusieurs de ces témoignages un réflexe de tomber en « surraccordage » affectif avec l'expérience du client, c'est-à-dire d'acquiescer, de chercher à plaire ou de répondre aux besoins du client à outrance.

> Je panique [...] Mon premier réflexe, c'est de patiner. Je veux dire que je le sens, je le vois et là, immédiatement, ma réaction c'est d'essayer de toute les manières qui soient de répondre aux besoins de la personne que je sens qui ne sont pas répondus. Ça fait que j'ai tendance à dire ce que la personne veut entendre et d'être d'accord avec tout ce qu'elle dit [...] Par exemple, si je panique, je vais dire à la personne ce qu'elle veut entendre et je vais essayer de m'enligner sur ce qu'elle veut. Donc, je vais probablement dire n'importe quoi pour lui faire plaisir, simplement pour qu'elle ne coupe pas l'alliance [...] Je réagis comme ça émotivement parce que j'ai sans doute peur d'avoir fait une erreur ou ça fait que je cherche vite à récupérer la situation. (5.T) (voir *Annexe C*, section 3.46 pour consulter deux autres citations s'inscrivant en ce sens)

Cette crainte que leurs clients ne les aiment pas (lire « qu'il soit fâché contre moi », « qu'il puisse vouloir arrêter la psychothérapie », « que ça créer un malaise », etc.) pose d'ailleurs un autre constat sous-jacent, soit la question des enjeux personnels des participants, principalement en ce qui concerne les besoins d'*attachement* (lire de lien) ou d'*estime de soi* (voire de compétence personnelle), ainsi que l'impact que

cela peut avoir sur leur travail clinique. Précisons toutefois que notre analyse ne cherche pas à identifier spécifiquement de quel type d'enjeux relèvent le propos des participants, mais plutôt, simplement, à mettre en valeur que ces enjeux sous-jacents finissent à plus ou moins divers degrés par conditionner la façon de faire des participants, en même temps que leur manière d'entrevoir les RA. À titre d'exemple, on constate dans le propos de nombreux participants une préoccupation autour des thèmes de l'*appréciation* et l'*assiduité* de leurs clients, les *résultats thérapeutiques*, ainsi que leur *sentiment de compétence*.

> C'est comme si j'avais moins l'attention portée à créer le lien plutôt qu'à dire les bonnes informations et les bonnes choses, aux bons moments [...] J'étais plus préoccupée par ma performance ou par rapport à « qu'est-ce qui faut dire », dans le cadre thérapeutique [...] C'est sûr que je veux être un bon psychologue et que mes clients me trouvent un bon psychologue. Puis la façon de mesurer ça, veut, veut pas, ça passe souvent par les résultats [...] Avec cette cliente-là, le lien de confiance n'était pas tout à fait là et moi, ça me faisait vivre plus d'incompétence [...] Parce que c'est très, très, très, angoissant [...] Je pense qu'en arrière de ça, il y a beaucoup de peur... de ne pas être compétent, de ne pas atteindre les objectifs. (9.T) (voir *Annexe C*, section 3.47 pour consulter trois autres citations s'inscrivant en ce sens)

Soulignons également à ce sujet que la plupart des participants ont d'ailleurs parlé très ouvertement de leurs *enjeux personnels* en lien avec les RA.

> Ça peut me faire vivre de la honte [...] l'impression d'être incompétente [...] Il y a surtout la crainte que la personne va s'en aller. Que je sois si incompétente, qu'elle le voit et qu'elle s'en aille et que je vais porter cette responsabilité [...] Ou tout simplement qu'elle soit fâchée après moi et qu'elle s'en aille parce que j'ai fait un geste qui pourrait avoir tout gâché [...] Ça, c'est sûr que c'est une crainte chez moi. De vouloir être bonne et que mes client partent, on peut dire que c'est un enjeu personnel [...] C'est la chose la plus à travailler chez moi. J'en fais trop, je le vois bien. (1.T) (voir *Annexe C*, section 3.48 pour consulter trois autres citations s'inscrivant en ce sens)

Rajoutons, dans un même sens, que certains de ces participants ont fait mention d'enjeux personnels sur lesquels ils ont dû « travailler », puisque cela avait un impact négatif sur leur manière de construire et/ou de réparer l'AT avec leurs clients.

> J'apprends à être plus patient, aussi. C'est difficile, des fois, d'être patient en thérapie, surtout quand on veut être bon… […] C'est d'accepter d'être dans le flou et de ne pas nécessairement voir de résultat concret […] Il ne faut pas être trop pressé. Sinon, ça peut avoir un impact sur la qualité du lien qu'on tente de raffermir avec le client, du fait qu'on est trop centré sur le lien plutôt que la relation. (4.T) (voir *Annexe C*, section 3.49 pour consulter deux autres citations s'inscrivant en ce sens)

On remarque ainsi que la tendance à éviter certains sujets pouvant conduire à une RA de type « confrontation » va de pair avec un autre constat recensé dans le propos de plusieurs participants, soit la difficulté de « nommer » à leurs clients certaines observations et réflexions cliniques que ceux-ci perçoivent, entre autres par « peur de les blesser », d'« intervenir de manière inadéquate » ou encore que le client « abandonne la thérapie ».

> Un autre de mes défis, ce serait d'oser davantage les nommer, quand je sens des ruptures. Je pense que je suis encore plutôt prudent. J'ai peur d'aller trop vite ou de fâcher le client, et qu'il abandonne la thérapie […] C'est sûr que je trouve ça difficile quand le client ne m'aime pas et que je porte le rôle du frustrant qui applique le cadre. J'aime mieux qu'on me perçoive comme le gentil thérapeute englobant qui répond aux besoins […] Aussi, c'est sûr que j'ai envie de me sentir un bon thérapeute qui sait quoi faire et comment le faire. Ça me blesserait de penser que mes clients me trouvent pas bon ou que je ne suis pas capable de les aider […] J'imagine que c'est un peu pour tout ça que dès fois j'ose pas intervenir et dire certains choses que je perçois. (12.H) (voir *Annexe C*, section 3.50 pour consulter trois autres citations s'inscrivant en ce sens)

Cette difficulté qu'éprouvent plusieurs participants à partager divers éléments cliniques à leurs clients (de peur de « nuire », d'« indisposer », de « blesser », « de contrôler », « de frustrer », etc.) pave la voie à un autre constat significatif qu'on observe chez de nombreux participants, eu égard aux RA et aux défis que cela pose,

soit la difficulté à prendre le rôle qu'on identifierait dans le langage psychodynamique comment étant celui du « mauvais objet » (Gabbard, 2010). Par mauvais objet, on entend ici la notion de figure qui *décide*, qui *frustre*, qui *juge*, etc., par opposition au « bon objet », qui constitue la figure qui *gratifie*, qui *supporte*, qui *rassure*, etc. (Bouvet, 2006). Cette figure vient implicitement avec le rôle de psychothérapeute (Gabbard, 2010) et amène le thérapeute à devoir, entre autres, être capable de mettre des limites raisonnables à ses clients et s'y tenir, mais aussi à devoir être en mesure de préciser clairement le rôle de chacun dans la thérapie. Une telle position suggère également que celui-doit doit parfois prendre des décisions impopulaires, bien que guidée par le mieux-être du client (Drouin, 2005). Or, on note chez plusieurs répondants un malaise à assumer ce rôle.

> J'ai bien de la misère à déplaire ou faire de la peine [...] Je veux que mes clients soient bien et ça fait en sorte que c'est très dur pour moi de les confronter ou de nommer des choses qui pourraient instaurer des malaises nécessaires [...] En fait, je suis pas mal plus « maternante » que confrontante [...] Je suis pas mal plus à l'aise dans le rôle de celle qui prend soin que dans un rôle d'autorité [...] Ça me ferait de la peine de penser que j'ai pu offusquer une personne ou la blesser. (10.T) (voir *Annexe C*, section 3.51 pour consulter cinq autres citations s'inscrivant en ce sens)

Un autre constat important qu'on peut établir par rapport aux RA et aux défis que cela pose pour les répondants découle directement du constat précédent, puisque les enjeux personnels des participants aperts avoir une influence sur la *manière de percevoir* et les *valeurs* que ceux-ci possèdent eu égard à la psychothérapie. Lorsque l'on examine leurs réponses, il semble effectivement que certaines émotions et enjeux personnels sous-jacents conditionnent la manière (et les valeurs sous-jacentes) dont ceux-ci envisagent la psychothérapie (et par extension leur manière de concevoir l'AT et les RA). À titre d'exemple, la conviction entre la valeur du « respect du rythme du client » apparait pouvoir se rattacher à la crainte que le client « soit fâché après moi », « qu'il ne m'aime pas », de « créer un malaise ou de blesser la personne », que « je vais alors me sentir incompétent », etc.

> Mes clients, je les aime énormément. Je veux tout leur donner et je veux être aimé en retour [...] Quand je sens qu'il y a une tension ou une déconnexion de notre lien, je deviens alors anxieux et je suis comme « bon qu'est-ce que je peux faire pour l'accrocher? » [...] Pour que le client m'apprécie, je me mets à donner trop de « lousse ». C'est parce que je ne veux pas l'offusquer [...] Ça fait aussi en sorte que je ne confronte pas suffisamment [...] Moi, j'ai tendance à être plus « lousse » et à respecter le rythme du client [...] Ça fait que je suis bien attentif à mettre à l'aise, à ne pas brusquer son rythme [...] Je ne veux justement pas créer de malaise ou blesser la personne. (8.T) (voir *Annexe C*, section 3.52 pour consulter trois autres citations s'inscrivant en ce sens)

Sur le plan des défis liés au RA, par ailleurs, notons que quatre participants ont fait mention d'être plus à l'aise avec les RA de type « confrontation » et que trois d'entre eux affirment ne pas être indisposés par ce type de RA.

> Ce genre de fluctuations là, ça ne me dérange pas. Surtout les brisures de type confrontation [...] Enfin, ça bouge. Il y a de l'action. Le client désire quelque chose [...] C'est jouissif, au point de vue thérapeutique. Aye! Il se passe quelque chose [...] C'est à travers de ces mouvements-là qu'on travaille la relation, qu'on travaille les enjeux de la personne. C'est essentiel. S'il n'y a pas de mouvement, comment qu'on fait, quand qu'il n'y a pas de mouvement? [...] Ça fait que dans ces mouvements-là de fluctuations, c'est là-dedans que le travail se fait [...] Je ne trouve pas ça difficile quand ça survient. Au contraire. C'est intéressant; il se passe quelque chose. (7.P) (voir *Annexe C*, section 3.53 pour consulter une autre citation s'inscrivant en ce sens)

À l'inverse des huit autres participants, on constate ainsi que c'est plutôt les RA de type « retrait/conformité » qui posent un défi pour ces quatre répondants.

> Je suis plus à l'aise avec les RA de confrontation [...] C'est plus facilement perceptible... plus franc, plus direct [...] Ça comporte l'avantage qu'on risque moins de le manquer, par rapport au client qui est plus dans le « non-dit ». Avec ce genre de client-là, il me semble qu'il faut être plus attentif parce qu'il risque constamment d'éviter le sujet et de garder sa souffrance pour lui, ou bien il va finir par interrompre sa thérapie sans rien dire [...] Un autre chose que je préfère de la confrontation, c'est que ça signifie que le client est mobilisé, qu'il vise encore quelque chose [...] Il est peut-être frustré que ça avance pas ou fâché après moi parce que je ne fais pas assez bien mon travail, mais à quelque part, à travers

> l'insatisfaction qu'il me partage, il transmet implicitement le message qu'il désire encore travailler, qu'il veut encore être en lien. (11.H)

Soulignons néanmoins qu'on observe dans le propos de ces quatre participants le même phénomène qu'avec les participants se disant plus à l'aise avec les RA de type « retrait/conformité », soit que leur préférence pour tel type d'impasses relationnelles (dans ce cas-ci de « confrontation ») trouve racine (à plus ou moins différente mesure), dans des émotions et/ou enjeux personnels sous-jacents. En effet, on constate chez ceux-ci un malaise avec l'esprit des RA de type « retrait/conformité », c'est-à-dire les non-dits, l'implicite et l'ambigüité (qui laisse notamment plus de place à l'incertitude et l'interprétation), qui leur fait vivre de l'« impuissance », de la « colère », « de pas être bon », etc.

> Le client qui confronte, il te dit sans faire de détour qu'il est insatisfait, qu'il n'a pas ce qu'il désire. Il veut encore être dans la relation, mais d'une façon différente. Ça veut donc dire que tu peux faire quelque chose. Tandis qu'un client qui se retire, qui n'est pas motivé, tu peux rien faire [...] Ça me fait vivre un sentiment d'incapacité. Je ne sais pas comment faire pour l'intéresser [...] Ça ramène l'enjeu de compétence que je te parlais, parce que je veux être un bon psychologue. (9.T) (voir *Annexe C*, section 3.54 pour consulter trois autres citations s'inscrivant en ce sens)

Dans une vision d'ensemble, on constate ainsi que les RA sont souvent perçues par les participants comme une menace potentiel au lien (le client pourrait ne plus vouloir revenir en thérapie), ou à la compétence personnelle (la RA et les impacts sous-jacents confirmeraient que la personne n'est pas un « bon » thérapeute). Notons d'ailleurs que cette notion de lien (et des impacts que les RA peuvent avoir sur celui-ci) constitue une préoccupation qui est revenu dans le discours de tous les participants, à divers degré et sous différentes manières.

> Pour moi, arriver à créer le lien, c'est apaisant. Ça crée une confiance. Ça veut dire que je vais pouvoir travailler avec cette personne-là [...] Tant que nous ne sommes pas encore en lien, je vis ce stress-là, ce doute-là, une angoisse qui me dit : « est-ce que je vais réussir? Est-ce que ça va bien se passer entre nous? » [...] De ne pas

> être capable d'établir le lien, ça me ferait vivre beaucoup d'impuissance [...] Ce serait difficile pour moi de penser que je n'ai pas réussi en 50 minutes à mettre cette confiance-là en place pour que la personne se sente suffisamment sécure pour revenir une seconde fois [...] Je me dis : « si je ne désamorce pas ce malaise-là, elle ne reviendra pas, car il y a de l'inconfort [...] On dirait que je fais tout, presque à l'extrême, pour que ça reste dans le maintien, pour que ça ne se brise pas [...] J'ai peur que la relation brise donc je vais avoir tendance à dire ou ne pas dire certaines choses, agir de manière à atténuer. (3.P) (voir *Annexe C*, section 3.55 pour consulter une autre citation s'inscrivant en ce sens)

Mentionnons, d'autre part, que la notion de compétences personnelles, quant à elle, est apparue dans le discours de la grande majorité des participants, de diverses façons. En effet, on a pu remarquer dans le propos de plusieurs une anxiété plus ou moins importante liée à la performance, se traduisant par tout un lot de questionnements, tel que « vais-je être capable de l'aborder de manière convenable? », « est-ce que je risque de couler mon stage si je fais trop d'erreurs? », « est-ce que mon client va me trouver incompétent? », « c'est-tu la bonne affaire à faire? », etc.

Cela dit, globalement, en matière de défis et d'enjeux relatifs aux RA, on observe ainsi que plusieurs participants rapportent une tendance à les éviter (à différents degrés, et selon divers type de RA), ce qui fait qu'il ne peuvent pas profiter de leur potentiel thérapeutique (Doran *et al.*, 2017; Safran *et al.*, 2015; Safran et Muran, 2011, 2006, 2000a, 1996). Tel que nous avons pu le remarquer, soit des situations de possibles RA n'ont pas été perçues (et/ou interprétées de manière erronée), soient elles n'ont tout bonnement pas été explorées (pour toutes sortes raisons évoqués précédemment).

> Je me rends compte, après coup, que j'ai vraiment manqué... Encore une fois, j'étais trop centrée sur moi, sur mes besoins. C'est une cliente qui venait et qui présentait des symptômes d'anxiété généralisée [...] Après trois rencontres d'évaluation, quand je lui ai proposé de faire des exercices à la maison, elle m'a dit : « ah, je pensais qu'on parlerait et qu'il n'y aurait pas de ça ». On était en pleine rencontre et moi, je n'ai pas exploré plus en détail ce qu'elle voulait dire par là. Plutôt, j'ai comme répondu sur la défensive, du genre : « ah, ben oui, on parle

> dans la rencontre, mais les exercices, c'est plus entre les rencontres ». C'était une réponse très « sur la défensive » que j'ai répondu. Elle n'est jamais revenue et tout de suite, j'ai su que je n'avais pas été à l'écoute de ce qu'elle m'exprimait... Ça fait qu'il y a eu comme une RA que je n'ai pas réussi à récupérer, tout simplement parce que je ne l'avais pas sentie à ce moment-là, dans le fond... J'ai manqué ça parce que j'étais trop braquée sur mon souci de suivre la procédure et de « faire ce qu'il faut ». (10.T). (voir *Annexe C*, section 3.56 pour consulter trois autres citations s'inscrivant en ce sens)

Précisons toutefois que cette tendance observée dans le propos de nombreux participants à éviter diverses situations de RA ne signifie pas que ceux-ci ne perçoivent ne perçoivent pas la pertinence clinique de la négociation des impasses relationnelles, mais plutôt que certains éléments peuvent venir poser un frein (dont les enjeux personnels du clinicien, la souffrance affective s'y rattachant, la difficulté d'assumer le rôle du « mauvais objet »). En effet, on remarque cette ambivalence dans le propos de plusieurs répondants qui se voient tiraillés entre une logique clinique (lire la pertinence) d'aborder les RA, et la résistance émotive que cela entraine (voire « est-ce que je vais savoir comment traiter la situation? », « comment le client va réagir? », etc.), ce qui, au final, les conduit souvent à ne pas aborder diverses situations.

> Ça ne me dérange pas d'aborder la question des RA sauf quand il y a de la colère ou du mécontentement de la part du client. Là, je pourrais avoir tendance à éviter [...] Ça me fait vivre beaucoup de honte, d'incompétence, de sentiment de vulnérabilité [...] Par contre, si je ne l'aborde pas, je dirais que ça me fait vivre encore plus d'incompétence... Parce que, justement, tu vois que tu n'es pas en mesure de faire ce que tu serais supposé de faire. Je veux dire, je vais éviter ça, ça fait que je le sais que je ne fais pas bien mon rôle de thérapeute [...] Quand je sens la rupture de confrontation en train de se produire, je sens la peur monter. Je vois la personne en face de moi qui est irritée et qu'elle pourrait vouloir ne pas revenir la semaine suivante si ça lui déplait trop que j'aborde la RA et alors là, je deviens très craintive. Et là, comme j'évite le sujet, il y a la honte qui monte à cause que je ne fais pas mon travail [...] Ma principale crainte, c'est de ne pas être capable [...] J'ai peur d'être honteuse de ne pas faire une bonne intervention mais, en même temps, comme je n'agis pas, je tombe exactement à la place que j'anticipe de toute façon : je me sens honteuse [...] Pour moi, le pire scénario, ça serait d'essayer et de rater. J'imagine que dans ma tête à moi, c'est moins pire de ne pas l'essayer et

> de rater mon coup, parce que je peux toujours garder l'illusion que si je l'avais fait, j'aurais réussi [...] C'est sûr que ça aurait été pertinent de le faire, mais je ne l'ai pas fait. Comme je disais tantôt, j'ai plutôt tendance à éviter. (1.T)

3.3.10 Les stratégies pour restaurer les ruptures d'alliance

Précisons d'abord que tous les répondants ont affirmés que leur réflexe premier afin de restaurer une AT en rupture est de « *nommer* » ce qu'ils constatent survenir entre eux et leurs clients. L'examen de leurs différentes réponses permet néanmoins d'observer un degré de connaissance (de « savoir-faire » et « être ») sensiblement différent, de la part des divers participants. À titre d'exemple, on constate que le quart (3) d'entre eux semblent bien au fait des cinq étapes prescrites par le *modèle relationnel de réparation des RA* de Greenberg (2007)[14], en vue d'intervenir favorablement dans les cas des impasses relationnelles. Ces derniers apparaissent également bien saisir que le fait d'être en mesure de se servir des RA comme d'un levier thérapeutique peut s'avérer être très profitable, sur le plan clinique (Doran *et al.*, 2017, Safran *et al.*, 2015; Safran & Muran, 2011, 2000a, 1996; Tessier, 2004). Rajoutons, en outre, que ces trois participants ont été en mesure de nous fournir des exemples concrets de la manière dont ils étaient intervenus afin de restaurer une AT qui était en rupture avec un client.

> En gros, il s'agissait d'une cliente très passive-aggressive que j'avais constaté une pointe d'irritation parce que je ne pouvais pas la voir le matin comme d'habitude, et que ça chamboulait son horaire. On arrivait à la fin de la rencontre et je n'avais donc pas ouvert le sujet mais je voyais bien qu'elle semblait très frustré et qu'elle s'est mise à résister passivement à toutes les solutions que je proposais [...] J'avais fait un retour avec elle la semaine suivante et ça avait ouvert la porte à tout un pan

---

[14] Ce modèle est constitué des cinq étapes suivantes : 1) mentionner au client chaque moment de leur relation pouvant constituer une RA, 2) aider le client à explorer sa réaction affective lorsque cela survient, 3) identifier le rôle qu'il a pu jouer dans cette RA et exprimer ses regrets, 4) aider le client à explorer des situations similaires qu'il a pu vivre dans le passé, ou présentement, dans ses relations avec autrui et 5) planifier comment ils vont dorénavant gérer les RA qui surviendront entre eux, dans le cadre de la thérapie.

> de travail clinique [...] D'une part, en lui partageant ma position, que j'étais désolé, que j'avais un horaire très chargé, et surtout en lui montrant, avec mon agenda à l'appui, et en lui partageant que ça m'attristait de devoir agir de la sorte, compte tenu notamment de ses efforts qu'elle faisait et de la qualité de notre lien [...] Je pense que ça lui a permis de nommer son insatisfaction et de faire des liens avec des thèmes qui revenaient inlassablement dans sa vie, comme « je suis pas importante », « tout le monde se fout de moi ». Ça avait aussi permis de faire des liens avec ses stratégies habituelles, genre « s'en aller bouder », « fuir », « ne pas s'affirmer », etc. [...] En plus, c'est comme si en s'entendant sur comment on allait gérer ça à l'avenir quand ça allait survenir dans notre relation à nous deux – c'est une chose qu'elle a pu nommer par la suite- ça lui a permis de comprendre qu'elle avait une place ou elle pouvait partager ses insatisfactions et être accueillie dans ses frustrations sans être « rejetée ». Elle avait comme enfin ressenti qu'il y avait quelqu'un qui se souciait suffisamment d'elle pour qu'elle ait le droit d'être elle-même [...] Cette femme-là avait vraiment fait un super de beau travail clinique. À la fin de notre suivi, 6 mois plus tard, elle avait entre autres perdu quelque chose comme 30 livres et elle avait commencé à être beaucoup plus active socialement. (11.H) (voir *Annexe C*, section 3.57 pour consulter deux autres citations s'inscrivant en ce sens)

On constate, par ailleurs, que deux autres participants semblent assez bien saisir les grandes lignes du modèle de Greenberg. Lorsqu'on s'attarde à leur propos, on ne perçoit toutefois pas (du moins en fonction de la façon dont cela est rapporté) un degré de compréhension et d'application des cinq étapes aussi fin et articulé que dans le cas des trois participants évoqués précédemment. Notons également que ces deux participants ont semblé éprouver plus de difficulté à rattacher cela à un exemple concret, afin d'illustrer l'ensemble de l'intervention et la manière dont ils s'y sont pris afin de rétablir une AT qui serait en rupture.

> Je répare en parlant clairement de ça avec la personne [...] Je peux lancer des hypothèses : « ça se peut-tu que vous essayez de me dire ça? Ça se peut-tu que ça soit difficile de me faire confiance? [...] Si je me mets à votre place, la relation avec les hommes a toujours été difficile pour vous. Ça doit être difficile avec moi? Je suis un thérapeute homme »... « Oui, c'est vrai qu'au début, je pensais plus à prendre une thérapeute femme, puis tsé...». Ça fait que, parler clairement de ce qui se passe. Puis après ça, c'est de demeurer humble tout en demandant : « vous, en tant que patient, comment vous voulez que moi je m'ajuste? ». Si, par exemple, à un moment donné, je n'ai pas bien saisi j'ai poussé trop loin dans l'intensité de

> quelque chose. Bien, en posant ce genre de question-là, la personne peut dire : « bien, écoute, ça serait-tu possible que la prochaine fois, on en parle un petit peu moins ?» [...] Je pense que le fait de faire un retour comme ça, de manière franche et ouverte, ça laisse le message à la personne qu'elle est importante, qu'on se soucie et qu'on est prêt à s'adapter à elle. Donc, oui, d'habitude, c'est apprécié. Ça permet de nommer les choses et de mieux s'ajuster à comment on va le travailler ensemble. (6.P) (voir *Annexe C*, section 3.58 pour consulter une autre citation s'inscrivant en ce sens)

Pour ce qui est des sept autres participants, on constate que ceux-ci apparaissent moins bien au fait de la manière de restaurer une RA que de la construire. Cela se traduit non seulement par une plus grande difficulté dans l'élaboration du contenu de leurs réponses, mais aussi par le manque d'exemples concret, ancrés dans leur pratique, afin d'illustrer la manière dont ceux-ci s'y prennent pour réparer une AT en rupture. Plus spécifiquement, on observe que la plupart d'entre eux apparaissent assez bien comprendre la première et la deuxième étape du processus de réparation, mais qu'en revanche, les trois autres étapes apparaissent beaucoup moins claires. À titre d'exemple, on constate que certains en parlent au conditionnel, que d'autres n'abordent tout bonnement pas le sujet, ou encore qu'ils évoquent diverses dimensions des trois dernières étapes de manière plus ou moins partielle.

> Je dirais que la première chose pour réparer une rupture serait de nommer ce qui vient de se passer, je pense. De ne pas faire comme si je n'avais rien vu. D'essayer de nommer ce qui s'est passé, le plus objectivement possible, sans tenter d'éviter le sujet [...] Et après, je dirais que ça serait d'ouvrir vers la personne et d'explorer, du genre : « qu'est-ce qui se passe pour vous? Moi, je comprends ça comme ça, mais vous... » [...] Par exemple, le client qui parle de tout et de rien. J'imagine que ça serait de dire : « tsé, depuis 15 minutes, vous me parlé de ça, mais moi... » On dirait que je ne sais pas trop comment le formuler, mais c'est de nommer le comportement de la personne et lui dire ce qui se passe. (4.T) (voir *Annexe C*, section 3.59 pour consulter six autres citations s'inscrivant en ce sens)

3.3.11 L'AT, les RA et les besoin de formation

Onze des douze thérapeutes novices que nous avons interrogés à ce sujet ont été ont catégoriques : ils estiment ne pas avoir reçu suffisamment de formation concernant la construction de l'AT et la réparation des RA. De nombreux témoignages supportent d'ailleurs ce consensus important voulant que ceux-ci estiment que leur formation universitaire en psychologie (lire leur baccalauréat, ainsi que leur doctorat) n'a pas été suffisamment orientée sur l'enseignement de ces deux concepts. Du lot, notons que plusieurs participants semblent, de fait, partager une vision assez arrêtée sur la question.

> Absolument pas! On n'a vraiment pas passé beaucoup de temps sur ces sujets. Ça a été abordé ici et là, mais concrètement, c'est à peine si on les a effleurés [...] À mon sens, c'est vraiment une des lacunes majeures de notre formation. (8.T) (voir *Annexe C*, section 3.60 pour consulter six autres citations s'inscrivant en ce sens)

Soulignons également que trois participants dont les propos s'inscrivaient dans un même sens ont ajouté qu'ils se considéraient chanceux d'avoir pu bénéficier d'enseignement concernant la construction de l'AT et la réparation des RA lors de leur internat. Ceux-ci estiment que le fait qu'ils avaient pu profiter des enseignements d'au moins un superviseur qui abordait ces questions (dans le cadre de leurs supervisions) venait un tant soit peu contrebalancer que leur formation universitaire n'ait pas été suffisamment mis l'emphase sur ces sujets.

> Moi, j'ai eu la chance d'avoir lors de mon premier stage un co-superviseur humaniste qui abordait amplement ces questions-là. Sinon, je ne sais pas où est-ce que j'aurais pu être formé à ce genre de dimensions relationnelles de la psychothérapie [...] En tout, dans tout mon bacc et mes cours de doctorat, je ne sais même pas si on a passé 3 heures sur l'AT et c'est beau si la question des impasses relationnelles est venue sur le tapis [...] Je me trouve vraiment très chanceux d'être tombé sur ce superviseur-là [...] Il m'a initié aux RA et leur réparation et ça me sert encore énormément aujourd'hui. Ça occupe une partie centrale de ma pratique. (12.H) (voir *Annexe C*, section 3.61 pour consulter deux autres citations s'inscrivant en ce sens)

Rajoutons, en outre, que trois étudiants estimant que leur formation académique ne les a pas suffisamment outillée sur le plan de la construction de l'AT et de la réparation des RA ont partagé que cela leur a laissé l'impression de devoir l'apprendre eux-mêmes, « sur le tas », une fois en stage avec des clients.

> Personnellement, je ne trouve pas qu'on en parlait tant que ça... Peut-être que ça parle davantage moi et de mon besoin mais tsé, ce n'est pas pour rien que j'ai choisi l'approche TCC. C'est parce que c'est plus structuré. Donc de la formation sur l'AT, c'est sûr que j'aurais aimé en recevoir plus [...] J'aurais aimé ça que ça soit plus concret, qu'on voit des exemples de comment ça se passe et c'est quoi qu'on doit faire pour les récupérer. Bref, j'aurais aimé ça que ça soit plus structuré, qu'on nous fournisse des gabarits. J'ai l'impression qu'il en manquait beaucoup et j'aurais apprécié que la formation traite ça beaucoup plus en profondeur, plutôt qu'on doive l'apprendre seulement une fois devant les clients, au fur et à mesure. (10.T). (voir *Annexe C*, section 3.62 pour consulter une autre citation s'inscrivant en ce sens)

Notons, par ailleurs, que quatre participants estiment que ce n'est pas tant que la formation n'ait pas suffisamment été axée sur l'enseignement de la construction de l'AT et de la réparation des RA qui leur a manqué (puisque considérant que la limite de l'enseignement théorique de ces sujets est rapidement atteinte), mais plutôt que c'est davantage d'enseignements relatifs à l'expérience « pratique » dont ils auraient eu besoin.

> Oui, on parle de l'AT, mais le problème, c'est parce qu'on ne parle pas des bonnes affaires [...] L'important, c'est toi, en tant que thérapeute, est-ce que tu es capable d'absorber la critique? Quand un client te confronte, qu'est-ce que tu fais? [...] Dans plusieurs cours, ils nous parlent de l'AT mais tout ce qu'ils nous donnent, c'est la définition. C'est toujours très théorique mais le problème, c'est que l'AT c'est tout, sauf théorique. Il y a une base théorique, c'est sûr, mais l'AT, c'est tellement expérientiel que ça n'a pas de sens de faire ça autant théorique. (9.T) (voir *Annexe C*, section 3.63 pour consulter trois autres citations s'inscrivant en ce sens)

On constate d'ailleurs que la notion d'« expérience » est le thème qui est revenu le plus souvent dans le discours des participants lorsque qu'il était question de ce qu'ils

considèrent avoir manqué, dans leur formation, en lien avec la construction de l'AT et la réparation des RA. Plusieurs ont effectivement identifié l'importance de tenir compte de la nature « expérientielle » de ces thèmes, particulièrement lorsqu'il était question de ce dont ils auraient eu plus besoin d'apprendre concernant ces deux concepts. Ceux-ci rapportent ainsi qu'ils auraient apprécié avoir la chance de pouvoir se « pratiquer » davantage, en vivant des expériences plus *concrètes* et *tangibles* (lire de manière plus « *live* », dans un contexte de rencontre « un à un » avec le client), de la construction de l'AT et de la réparation des RA. Sinon de faire des « jeux de rôle », ou de pouvoir se servir du matériel vidéo, deux manières pertinentes, à leurs yeux, pour articuler leur besoin de formation théorique et pratique.

> J'aurais « trippé » qu'on fasse des exercices du genre : on prend un enregistrement d'une de tes séances, on l'écoute puis on tente d'identifier les mini variations qui surviennent avec le client et parler de ça [...] J'aurais aimé ça que les cours qui portaient sur l'AT, qu'ils soient plus cliniques, plus pratiques, car c'était à 90% théorique. On aurait pu, par exemple, voir « comment intervenir directement, lorsqu'il y a telle situation, avec tel genre de personnes. Comment placer une intervention. Comment le formuler. Comment le dire. Quand le dire. Pourquoi le dire », et ainsi de suite [...] On n'a pas eu ça. Pas pantoute [...] Je pense que ça joue quand je dis que je dois manquer au moins 80% des signes de RA [...] Tsé, la théorie, c'est essentiel et tout, mais il faut qu'il y ait une traduction dans le réel. (6.P) (voir *Annexe C*, section 3.64 pour consulter cinq autres citations s'inscrivant en ce sens)

Soulignons également à ce sujet que quatre participants ont signifié le désir que ce genre d'exercices (lire « jeux de rôle » et analyse des vidéos) puisse prendre place en dehors du contexte d'évaluation académique. Un tel souhait viserait notamment à ne pas avoir à composer avec les préoccupations de performance liées à l'évaluation, et ainsi d'être plus disponible aux apprentissages relatifs à l'AT et au RA.

> Ça aurait été intéressant de mettre certains paramètres. Par exemple : « le client était tu beaucoup expressif? Il émet-tu des sujets en profondeur? » [...] En même temps, « comment je me sentais, moi, aujourd'hui? ». Puis être capable de le faire sans que ça soit une évaluation notée, là, mais plus un processus de compréhension personnelle [...] Ça éviterait que les étudiants se préoccupent de leur performance

> à cause de la note en bout de ligne, mais plutôt d'être capable de dire : « ah, je ne me sentais pas là pantoute, aujourd'hui ». (7.P) (voir *Annexe C*, section 3.65 pour consulter une autre citation s'inscrivant en ce sens)

Globalement, on observe nettement dans le propos de la très grande majorité des participants que ceux-ci auraient apprécié recevoir une formation plus approfondie, tant sur le plan théorique, mais surtout pratique (voire expérientiel et relationnel), concernant la construction de l'AT et les réparations de RA, surtout considérant la primordialité de ces deux dimensions dans le processus clinique.

> Je pense que l'AT est essentielle et qu'on est à la base même du processus thérapeutique réparateur. C'est pour ça que je trouve qu'on n'a pas passé assez de temps sur ces questions-là dans notre formation, entre autres sur comment on construit un lien solide, ou encore qu'on répare un lien qui est en rupture [...] Parce que, justement, les difficultés du client, règle générale, on n'est à peu près toujours là, lorsqu'on s'approche d'une RA. Je trouve que c'est l'endroit où la réparation se fait le mieux, le plus clairement. Et, en même temps, ça fournit une quantité incroyable de matériel clinique [...] Ça donne une foule d'informations sur toutes les influences parentales, toutes les influences dans le présent, aussi, et de comment la personne peut réagir. (1.T) (voir *Annexe C*, section 3.66 pour consulter six autres citations s'inscrivant en ce sens)

Précisions en terminant, au sujet des besoin de formation, qu'un seul participant considère qu'il ne bénéficierait pas de recevoir davantage de formation sur le sujet de la construction de l'AT et de la réparation des RA et cela, bien que celle-ci estime que sa formation ait été très peu orientée sur ces deux concepts (notons que ce participant a rapporté vivre très peu, ou aucune RA avec ses clients).

> Bien, pas grand chose, là. Je ne trouve pas qu'on en a vraiment parlé, mais je n'ai pas l'impression d'avoir besoin d'apprendre de quoi non plus [...] Je pense qu'on l'a abordé une fois, dans un cours. On a eu un texte là-dessus. (5.T)

CHAPITRE IV

DISCUSSION

Ce chapitre se veut à la fois un espace d'analyse et de discussion globale concernant la manière dont les participants se représentent la construction de l'alliance thérapeutique et la réparation des ruptures d'alliance. Cela permettra ainsi de jeter un *regard transversal* sur ces deux objets d'étude, mais aussi de mieux situer et étayer les diverses conclusions de notre recherche.

Dans ce but, nous présenterons d'abord quatre tableaux synthèses des points saillants de notre analyse, en fonction des divers constats et conclusions que notre étude permet de tirer, sur le plan de la représentation de la construction de l'AT et de la réparation des RA chez les thérapeutes novices. Nous aborderons ensuite les thèmes des objectifs, des rôles et des tâches, du passage de l'AT aux RA, ainsi que de la crainte des RA. Par la suite, nous situerons les résultats de notre étude par rapport à ce que la littérature nous enseigne concernant le développement professionnel des thérapeutes en formation. Puis nous procèderons à une comparaison de postures relationnelles en lien avec l'étude de Sullivan, Skovholt & Jennings (2005), et une comparaison entre les propos de nos participants et leurs approches théoriques respectives. Nous formulerons enfin quelques recommandations pour la formation des thérapeutes novices et traiterons enfin des limites de notre étude, de même que la portée de nos résultats.

4.1 Tableaux des points saillants de la section discussion

Les tableaux suivants présentent l'ensemble des points saillants de la présente section, relativement à nos deux grands objets d'étude. Il sera alors question, tour à tour, des principales conclusions de notre analyse transversale, d'une comparaison en fonction de l'approche des participants, d'une comparaison des postures relationnelles, ainsi que d'une synthèse des recommandations que nous formulons, en fonction de notre analyse.

Tableau III : *Liste des principales conclusions de l'analyse transversale*

Analyse transversale de la construction de l'AT et de la réparation des RA
1) On constate un considérable métissage unissant les cinq conditions gagnantes, ainsi que les sous-thèmes mis de l'avant par les participants pour rendre ces cinq conditions possibles. 2) Un tel maillage se conceptualise selon un principe de « *cercle vertueux* » (voir schéma I, p. 125). 3) Plusieurs participants semblent être plus à l'aise et prioriser la dimension relationnelle (le lien affectif) de l'AT, que ses composantes plus techniques (les objectifs et les rôles/tâches). Cela laisse croire que plusieurs ne *savent possiblement pas trop comment cela s'articule*, concrètement, en matière d'AT, ou encore qu'ils *sous-estiment la valeur clinique* de ces deux volets, dans la construction de l'AT. 4) Un constat central de la recherche constitue l'*importante difficulté* que les RA semblent constituer pour de nombreux participants, ce qui peut les conduire à *éviter diverses RA* (et/ou à négliger leurs bienfaits cliniques, lorsque utilisées comme des leviers thérapeutiques). Cette crainte des RA et des thèmes centraux s'y rattachant se conceptualise selon un principe de « *cercle vicieux* » (voir schéma II, p. 143). 5) Une autre conclusion importante est qu'il semble qu'on peut difficilement aborder la représentation de la construction de l'AT chez les thérapeutes novices sans s'attarder à leur façon d'appréhender la réparation des RA, considérant l'*influence significative* que celle-ci possède sur la première dimension.

6) Un défi important pour les thérapeutes novices est de *défaire ce pairage négatif*, en associant les RA à une erreur qu'ils auraient commise, alors que ce pairage devrait plutôt être 1) d'associer les RA à un phénomène inévitable de la psychothérapie et 2) d'identifier le rôle que ceux-ci prennent dans la RA, en fonction du mode relationnel transférentiel du client.

Tableau IV : *Synthèse comparative des approches théoriques*

Comparaison en fonction des approches théoriques
1) Deux des trois participants semblant *significativement plus au fait*, et *à l'aise*, avec la notion de RA sont d'orientation humaniste. 2) Ceux qui semblent *mieux connaitre* la notion de RA sont des participants d'orientation humaniste ou psychodynamique. 3) Ce sont les participants d'approche TCC qui apparaissent le plus *au fait*, et *à l'aise*, avec les notions d'entente sur les objectifs et d'entente sur les rôles/tâches. 4) Ceux-ci ont fourni les réponses les plus *détaillées* et les plus *spécifiques*, concernant les tâches accomplies, dans le cadre de la psychothérapie. 5) Ils sont également ceux qui ont abordé la question de la *motivation* et du *niveau d'engagement* du client dans la psychothérapie, en lien avec la construction de l'AT.

Tableau V : *Synthèse comparative des styles de posture relationnelle*

Comparaison entre les styles de « posture relationnelle »	
Postures relationnelles identifiées chez les thérapeutes d'expérience (Sullivan, Skovholt et Jennings, 2005)	Postures relationnelles identifiées chez les répondants du présent essai
a) Posture relationnelle « **sécurisante** » (*safe relationship*) (vise à instaurer une base sécuritaire pour les clients, en faisant preuve d'attitudes telles que la *sensibilité*, le *soutien*, le *respect* et la *chaleur humaine*. b) Posture relationnelle « **confrontante** » (*challenging relationship*), le thérapeute étant davantage centré sur des notions telles que l'*engagement*, l'*effort*, la *mise au défi* et la *persévérance*).	a) Posture relationnelle de la « **bonne maman** » (figure qui prend soin, qui supporte, qui accepte inconditionnellement, par l'entremise d'attitudes telles que la *sensibilité*, le *soutien*, la *chaleur humaine*, le *respect*, la *bienveillance*). b) Posture relationnelle du « **bon papa** » (figure plus « exigeante », qui est davantage centrée sur la *mise en action* et les *résultats*, qui n'a pas peur de *mettre à l'épreuve*, de *confronter*, quitte à devoir « subir » les frustrations du client).

Tableau VI : *Liste des recommandations pour la formation des thérapeutes novices*

Recommandations pour la formation des thérapeutes novices	
1	Offrir une formation académique *plus poussée* mettant l'emphase sur la construction de l'AT et la réparation des RA.
2	Permettre aux étudiants d'avoir l'opportunité de se pratiquer davantage, en vivant des expériences plus *concrètes* et *tangibles* de la construction de l'AT et de la réparation des RA.

3	Mieux saisir la valeur et les implications cliniques des deux grands consensus au sujet des RA (1) les moments négatifs et les RA sont des *éléments inévitables* en thérapie 2) les RA peuvent être utilisés comme un *levier thérapeutique*, lorsque le thérapeute est capable de composer émotionnellement avec ce genre de situations.
4	Apprendre aux étudiants à mieux saisir la *signification clinique* de la relation transférentielle, en même temps que l'importance clinique sous-jacente d'accepter de parfois devoir prendre le rôle du « mauvais objet ».
5	Offrir une formation plus étayée afin de *défaire le pairage négatif* de plusieurs participants, soit que RA = « erreur » de leur part.
6	Permettre aux étudiants de mieux saisir le *sens* et la *portée clinique* de la relation entre le thérapeute et son patient, dans l'ensemble du processus thérapeutique que constitue la psychothérapie.
7	Permettre aux étudiants de comprendre les risques de s'intéresser uniquement au lien affectif et de *négliger,* ce faisant, les deux autres volets de l'AT, c'est-à-dire l'entente sur les objectifs et l'entente sur les rôles/tâches.
8	Que les étudiants puissent prendre connaissance des deux grandes *postures relationnelles* observées chez les thérapeutes d'expérience (pôle « sécurisant » et pôle « confrontant » (Sullivan, Skovholt & Jennings, 2005).
9	Que les étudiants puissent bénéficier d'une formation au sujet de l'*évaluation de la qualité* de l'AT.
10	Permettre aux étudiants de posséder une *meilleure connaissance de soi* concernant leurs enjeux et besoins personnels, ainsi que des diverses façons dont cela conditionne leur manière d'intervenir sur le plan de l'AT.

4.2 Une analyse transversale de l'AT et des RA

L'analyse des divers témoignages fournit par les participants a permis de constater un ensemble d'éléments au sujet de la représentation de la construction de l'AT et de la réparation des RA chez les thérapeutes novices. Avant de procéder à un examen transversal de nos deux grandes dimensions d'analyse, il convient d'abord de rappeler que notre recherche avait essentiellement une visée exploratoire puisque, tel qu'expliqué au premier chapitre[15], la construction de l'AT et la réparation des RA chez les thérapeutes en formation sont des thèmes peu étudié, particulièrement sur le plan qualitatif (Horvath & Bedi, 2002). Le fait de garder à l'esprit que nous visions avant tout une exploration préliminaire de ces thèmes (et que cela explique que nous nous sommes davantage intéressé au plus globale, qu'au plus spécifique) permet notamment de mieux situer l'ensemble des divers constats et conclusions que notre essai permet de tirer, de même que l'analyse globale que nous en ferons dans la présente section. Dans un même esprit, rappelons que notre objectif principal était de donner la parole à des thérapeutes novices afin d'appréhender en profondeur, dans une logique compréhensive, leur perspective concernant la construction de l'AT et la réparation des RA (Quivy et Van Campenhoudt, 1998). C'est pourquoi nous avons privilégié la description sémantique et que nous avons laissé autant d'espace aux propos des participants, leurs expériences ayant constitués la source privilégiée de connaissance (Savoie-Zajc, 2003).

4.2.1 Le lien affectif

Tel que constaté tout au long de cet essai, les participants apparaissent beaucoup mieux saisir le concept de l'AT que celui des RA. Plus spécifiquement, on a pu

[15] Voir la section 1.1 pour plus de détails.

observer que l'ensemble des répondants associent clairement l'AT à la notion à laquelle celle-ci réfère principalement, soit le travail de collaboration. On a également pu remarquer que ceux-ci semblent particulièrement centrés sur la composante davantage relationnelle de l'AT, soit le *lien affectif*. Sur le plan de la conception, il semblerait effectivement que plusieurs des répondants rattachent avant tout le terme d'« alliance thérapeutique » à la notion de « travail de collaboration » et de « relation entre deux personnes » (ce qui implique plus ou moins implicitement un lien), plutôt qu'aux deux composantes plus techniques (lire les objectifs et les rôles/tâches). Rappelons que les répondants réfèrent à cette notion de lien en utilisant des expressions telles que « connexion », « mutualité », « confiance », « ensemble », « équipe », « non jugement », « sur un pied d'égalité », etc.

On retient d'abord à ce sujet que les participants semblent bien au fait de l'importance du développement d'un bon lien affectif (Boutin, 2005; Bordin, 1979) avec leurs clients et qu'ils apparaissent relativement « à l'aise » avec cette dimension. De fait, nous avons déjà évoqué les cinq principales stratégies (ainsi que les attitudes sous-jacentes les rendant possible) auxquelles les répondants ont recours afin de construire un lien thérapeutique de qualité. Ces cinq dimensions représentent, selon la perspective des participants, ce que nous pouvons conceptualiser ici en tant que « conditions gagnantes », c'est-à-dire les manières de faire que ceux-ci privilégient afin de favoriser l'établissement d'un bon lien thérapeutique.

Sur le plan de l'analyse, il convient de souligner le considérable métissage unissant ces cinq conditions gagnantes. En effet, lorsqu'on les examine plus attentivement, ces cinq dimensions semblent fortement inter-reliées entre elles, dans la mesure où l'une renforce l'autre, et vice-versa. On comprend, dès lors, que le *client à l'aise* avec son thérapeute se sent sans doute davantage en *confiance* avec ce dernier, en même temps que le client à qui on offre *ajustement*, ou encore *écoute* et *compréhension*, sent probablement plus de *respect* de la part de son thérapeute (Caillard et Chastang,

2010; Greenberg, 2002; Jacobs, 2000), et ainsi de suite. Il en va d'ailleurs de même avec les sous-thèmes, qui se trouvent tout au aussi fortement entre-maillés. Chacun d'entre eux apparait effectivement aux services des autres, ce qui fait que ses composantes se consolident mutuellement. On peut donc penser qu'une attitude de *bienveillance* contribue sans doute à ce que le client sente qu'il a *sa place*, que le *non-jugement* renforce son sentiment d'*acceptation*, que la *flexibilité* du thérapeute contribue à une plus grande *empathie*, que sa *chaleur humaine* procure probablement davantage l'impression de *disponibilité*, etc. En poussant ce raisonnement un peu plus loin, on peut également présumer que le même genre d'amalgame s'articule entre ces cinq principaux thèmes et les sous-thèmes s'y rattachant. Incidemment, il devient difficile de départager lesquelles sont aux services desquelles, et leur contraire. Est-ce l'*empathie* qui permet au client de se sentir davantage en *confiance* ou l'*écoute* qui permet au client de se sentir *accepté*? Doit-on comprendre que le *respect* est au service de l'*autodétermination* ou encore que la capacité d'ajustement du thérapeute accentue le sentiment d'acceptation éprouvé par le client?

Sur le plan de l'analyse, nous concevons un tel maillage comme une sorte de « cercle vertueux »[16], c'est-à-dire que chacune des composantes (tant en ce qui concerne les conditions gagnantes que les sous-thèmes s'y rattachant), s'entrecoupent et se consolident réciproquement, à divers degrés, ce qui semble permettre aux participants de renforcer la qualité du lien que ceux-ci développent avec leur clients.

Le schéma suivant illustre comment chacun des éléments évoqués en tant que conditions gagnantes et sous-thèmes s'y rattachant sont reliés aux autres selon un

---

[16] Précisons que l'expression « cercle vertueux » est utilisée ici en tant qu'expression opposée du cercle vicieux, c'est-à-dire en tant que manière d'illustrer lorsqu'est observé un ensemble de causes à effets qui améliore le système entier. Dans un contexte de travail clinique, on comprendra ainsi que chacune des conditions gagnantes et sous-thèmes s'y rattachant, ayant été évoqués par les participants, contribuent à améliorer la qualité du lien thérapeutique avec leurs clients, une variable centrale, rappelons-le, dans l'efficacité de la psychothérapie (Safran & Muran, 2006; Lecomte *et al.*, 2004).

principe « de cercle vertueux », afin de consolider le lien affectif que développent les participants avec leurs clients :

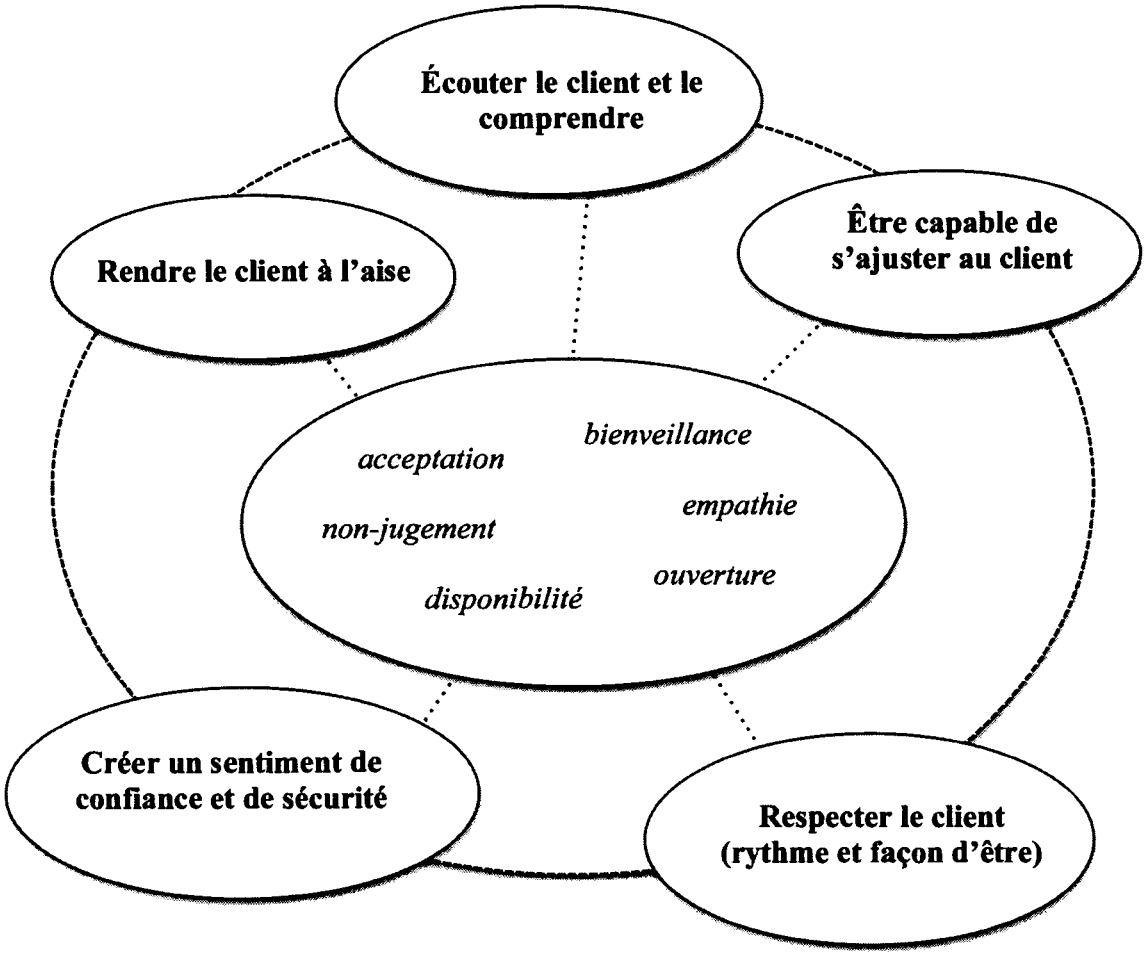

Schéma I : principe du « cercle vertueux » (des principaux thèmes et sous-thèmes relatifs aux stratégies utilisées pour renforcir la qualité du lien thérapeutique)

Sur le plan de l'analyse, on pourrait également regrouper ces cinq principaux thèmes (et sous-thèmes) de manières de « faire » et « d'être » autour d'un pôle relationnel que l'on pourrait désigner comme étant celui de la « bonne maman » ou du « bon papa », c'est-à-dire la *figure parentale* qui *englobe,* qui *encadre*, qui *supporte* et qui *rassure* (Bouvet, 2006). En effet, lorsque l'on décortique les diverses de façons de « faire » et « d'être » des participants, on sent, en trame de fond de leur propos, la présence d'un profond désir de venir non seulement en aide à leurs clients mais aussi, plus fondamentale encore, de bâtir un lien leur permettant de « prendre soin » de ceux-ci, selon un mode relationnel qui possède une dimension de l'ordre du « maternage » ou du « paternage ». Ce désir intrinsèque de pouvoir contribuer à améliorer le bien-être personnel de leurs clients, qui amène les participants à opter pour un mode relationnel « sécurisant » et supportant », se perçoit tout aussi bien de par les diverses « conditions gagnantes » (rendre le client à l'aise, l'écouter et le comprendre, le respecter, etc.) que ces thérapeutes en formation adoptent pour construire le lien avec leurs clients, que de par leurs attitudes sous-jacentes (le non-jugement, l'acceptation, l'ouverture, l'empathie, la bienveillance, la disponibilité, etc.). Plus concrètement, dans le propos des participants, on notera alors des observations telles que « j'aime prendre le rôle de l'hôte, qui reçoit et qui rend à l'aise », « mes clients demeurent toujours un petit peu mes petits », « j'accorde un grand souci au prendre soin », « je chercher à ce que le client se sente enveloppé et en sécurité », « j'ai tendance à être maternante », « je suis beaucoup dans la réassurance », « j'aime offrir une présence sécurisante et protectrice », « je suis quelqu'un sur qui ils peuvent s'accoter », etc. De telles paroles laissent entendre que les participants semblent se camper assez naturellement dans une logique de « prendre soin ».

Il convient en terminant de réfléchir aux impacts possibles du fait que plus de la moitié des répondants semblent concevoir avant tout l'AT sous l'angle du *lien affectif* (lire le pôle relationnel) plutôt que des deux autres dimensions plus techniques, soit

l'*entente sur les objectifs* ou l'*entente sur les rôles/tâches*. Bien que nous traiterons plus en profondeur dans la section suivante, pour l'instant, nous attirons l'attention sur le fait que même si plusieurs des participants apparaissent mieux saisir la notion d'AT que de RA, plus de la moitié d'entre eux semble accorder moins naturellement de l'importance à l'entente sur les objectifs et l'entente sur les rôles/tâches (deux dimensions pourtant centrales de l'AT), et que cela a nécessairement une incidence sur leur façon d'aborder l'AT et les RA.

4.2.2 Les objectifs/rôles/tâches : des dimensions parfois moins investies

Les objectifs

Tel qu'évoqué précédemment, on remarque que l'ensemble des thérapeutes novices que nous avons interrogés saisissent bien les notions de « travail de collaboration » et de « lien affectif » que sous-tend l'AT et qu'ils semblent très à l'aise avec la composante relationnelle de l'AT. Il semblerait toutefois qu'il en va autrement pour ce qui est des deux autres dimensions de l'AT, c'est-à-dire l'*entente sur les objectifs* et l'*entente sur les rôles/tâches*. En effet, on a pu constater que plusieurs d'entre eux parlent moins aisément, et de manière plus vague, de ces deux volets. Plus spécifiquement, rappelons aussi à ce sujet que plus de la moitié d'entre eux n'ont pas inclus dans leur définition de l'AT ces deux autres pôles sur lesquels se fonde l'AT. Ces répondants ont abordé uniquement la question du lien affectif et du travail de collaboration entre eux et leurs clients, sans rattacher leur conception de l'AT (du moins pas concrètement et explicitement) à la question des objectifs que poursuivra la psychothérapie, ni aux rôles/tâches qui seront accomplies pour y arriver.

Dans un même esprit, ils semblent que plusieurs participants ont plutôt le réflexe d'associer la notion d'AT à celle de *motivation* ou de *niveau d'engagement* du client

dans la démarche, plutôt qu'aux objectifs ou aux rôles/tâches. Ceux-ci apparaissent ainsi non seulement concevoir la qualité du lien affectif comme étant la dimension principale de l'AT, mais en plus, pour la plupart d'entre eux, ce lien est perçu comme étant au service de la motivation du client, étant donné qu'ils considèrent qu'un bon lien affectif va renforcer la propension de leurs clients à vouloir s'*investir* dans la démarche. C'est donc dire que pour eux, la qualité du lien affectif serait un « incitatif » important pour l'adhésion du client dans la psychothérapie.

Cela dit, notons que la plupart des participants ont dit interroger leurs clients assez *ouvertement* concernant les objectifs que poursuivra la démarche. Plus de la moitié d'entre eux on également rapporté le faire assez directement, dès les premières rencontres. Mentionnons également que la grande majorité des répondants semblaient également d'accord pour dire que les objectifs doivent être déterminés conjointement avec les clients, non seulement en fonction des besoins, des demandes et des attentes que formulera le client, mais aussi selon leur propre compréhension clinique (organisation de la personnalité, mode relationnel, enjeux, limite du travail thérapeutique, etc.) de celui-ci.

Une analyse plus approfondie de la question permet néanmoins de constater que l'*entente sur les objectifs* apparait être une dimension de l'AT dont plusieurs participants semblent accorder moins d'importance (lire de moins prioriser, de moins investir, etc.) que pour ce qui est lien affectif. À titre d'exemple, seulement deux participants ont énoncé explicitement l'importance de la *priorisation* et de la *clarté* des objectifs tout au long de la démarche. Dans une même perspective, rappelons qu'un seul répondant a soulevé la possibilité d'une divergence entre la demande du client et la compréhension clinique du thérapeute, relativement aux objectifs. Rajoutons aussi que peu des répondants semblaient familiers avec la question de la *disparité* de perception entre les objectifs du client et ceux du thérapeute. Rappelons à ce sujet que la plupart des participants n'ont pas été en mesure de fournir des

exemples concrets qu'ils auraient vécus dans ce registre, non plus que le genre de résolution qu'ils ont su aménager avec leurs clients pour surmonter une telle divergence d'opinion au regard des objectifs (sinon que des exemples génériques). Mentionnons également que le même genre de réserve a été observé dans le propos de la plupart des répondants en ce qui a trait au sujet du *retour sur les objectifs* (une dimension à rattacher avec le maintien de l'AT). La majorité d'entre eux ont effectivement rapporté ne pas avoir le réflexe d'aborder le sujet eux-mêmes, lorsqu'il était question de faire un retour sur les objectifs en cours de suivi psychothérapeutique. Rappelons, en outre, que plusieurs participants ont semblé éprouver de la difficulté à élaborer une réponse sur le sujet, un peu comme si l'on abordait un thème qui est rarement considéré. Notons enfin qu'un seul participant a mentionné explicitement se servir du retour sur les objectifs afin de s'assurer du maintien d'une bonne AT, et que trois autres ont rapporté se servir du retour sur les objectifs initiaux comme d'un renforcement à la motivation du client.

Dans une même perceptive, notons également que, bien que la plupart des participants aient fait valoir l'importance de négocier conjointement la question des objectifs (et aussi les rôles/tâches), dans un esprit de collaboration avec le client, peu ont eu le réflexe, ou été à même de les relier directement à la notion de construction de l'AT. Rajoutons que certains d'entre eux apparaissent également avoir tendance à ne pas être suffisamment explicites avec leurs clients, ou tout bonnement à esquiver divers aspect s'y rattachant (p. ex. : ne pas faire de retour sur les objectifs, ne pas aborder la question de la disparité, etc.). Soulignons d'ailleurs à ce sujet qu'il était facile de percevoir un certain inconfort chez plusieurs d'entre eux, lorsqu'il était question de la disparité d'opinion concernant les objectifs, ou encore de faire un retour sur ceux-ci.

Sur le plan de l'analyse, on constate ainsi que pour plusieurs répondants, les dimensions plus techniques de l'AT semblent être moins investies et/ou faire moins

partie de leur grille de lecture clinique, dans leur façon d'aborder l'AT. Cela laisse effectivement l'impression que ces deux volets s'incarnent moins dans leurs différentes manières de « faire » et « d'être » (du moins explicitement), afin de construire une AT de qualité avec leurs clients. Dans les faits, on peut présumer que plusieurs ne savent possiblement pas trop comment cela s'articule, concrètement, en matière d'AT, ou encore qu'ils sous-estiment la valeur clinique de ces deux volets dans la construction de l'AT (voire notamment la portée et les implications cliniques). Pareils constats laissent également entendre que ces volets plus techniques de l'AT représentent un écueil plus ou moins significatif pour divers de ces thérapeutes novices.

Or, dans une perspective transversale, on peut rattacher la question des objectifs aux RA, dans la mesure où cela soulève deux points d'analyse bien spécifiques. Tout d'abord, le fait de s'entendre avec son client sur les objectifs que la démarche poursuivra représente une excellente façon de rester en accordage avec l'expérience affective du client, et ainsi de ne pas tomber en RA (Fife *et al.*, 2014; Safran & Kraus, 2014; Safran & Muran, 2011; Greenberg, 2007; Delisle, 1998). Ensuite, fait plus important encore (car nous avons vu que les RA sont inévitables et positives, lorsque négociées profitablement), qui dit « disparité » dit possiblement « RA », ce qui expliquerait possiblement l'inconfort de plusieurs, étant donné le type de difficultés et d'enjeux auxquels les RA les confrontent. Sans entrer dans les détails (puisque nous reviendrons sur ce point lorsqu'il sera question des RA), il est facile de cerner le genre de raisons qui peuvent conduire plusieurs participants à négliger certains aspects de l'entente sur les objectif. D'une part, la divergence entre leur vision et celle du client peut conduire à des RA (p. ex. : « si je partage mon désaccord concernant un de ses objectifs, est-ce que cela pourrait offusquer mon client? »). D'autre part, le retour sur les objectifs en vue d'évaluer l'avancement clinique de la démarche et/ou le degré de « satisfaction » du client peut confronter le thérapeute à divers enjeux personnels d'estime de soi ou d'attachement (p. ex. : si j'ose faire un

retour sur les objectifs, est-ce que j'ouvre la porte à ce que le client constate une insatisfaction par rapport à ses progrès, ce qui pourrait le conduire à abandonner la thérapie ou encore me confirmer que je ne suis pas un bon thérapeute?). Pour toutes ces raisons, on comprend la réticence qui conduit certains thérapeutes novices à craindre d'aborder le sujet de la disparité des objectifs ou de faire un retour périodique sur ceux-ci. Sur le plan clinique, toutefois, il va sans dire que les participants gagneraient à aborder ces sujets de manière plus *franche*, *ouverte* et *directe*, plutôt que de ne pas être suffisamment explicite ou d'éviter le sujet (Eubanks-Carter *et al.*, 2015; Safran *et al.*, 2015; Safran & Muran, 2011, 2006, 2000a).

Les rôles/tâches

Une première chose qui frappe au sujet de l'*entente sur les rôles et les tâches* constitue le fait que, même si la plupart des participants ont fait valoir l'importance de négocier ouvertement et conjointement avec le clients ces deux aspects, peu d'entre eux ont eu le réflexe, ou été à même (du moins explicitement) de les rattacher à la notion de la construction de l'AT. Sur le plan de l'analyse, cela laisse croire, tel que nous l'avons évoqué pour la question des objectifs, qu'ils reconnaissent l'importance de l'entente sur les rôles et les tâches, du moins théoriquement, mais qu'ils ne savent possiblement pas trop de comment, concrètement, cela se rattache à l'AT, non plus que l'importance clinique que celles-ci peuvent prendre en matière d'AT.

Une seconde chose qui frappe au sujet de l'entente sur les rôles/ tâches est que peu des répondants l'ont associée à la question du *cadre thérapeutique* (voire les modalités concernant la durée, la fréquence, les règles de fonctionnement, les interventions, la confidentialité, etc.). Sur le plan de l'analyse, on peut penser que cela traduit un manque de connaissance de cette dimension, entre autres en ce qui

concerne son application et ses « bienfaits » cliniques. On peut à la fois présumer que les participants ne sont pas suffisamment au fait, ou encore que ceux-ci sous-estiment le caractère à la fois *enveloppant* et *sécurisant* du cadre thérapeutique pour le client (Martin, 2001), de même que son potentiel réparateur, puisque permettant de laisser place à la relation transférentielle de s'installer et ainsi d'activer les schémas relationnelles précoces en vue de vivre un dénouement différent (Delisle, 1998). Nous aurons d'ailleurs l'opportunité de s'y attarder plus longuement lorsqu'il sera question des RA.

D'un point de vue transversal reliant nos deux grands thèmes d'étude, on retient ici que les thérapeutes novices peuvent craindre d'aborder ouvertement les questions relatives au *cadre thérapeutique* (par exemple en ce qui concerne l'application des règles telles que le paiement de séances manquées ou la durée d'une rencontre en cas de retard) ou encore aux *rôles/tâches*, un peu pour les même raisons qui conduisent ceux-ci à éviter d'aborder le sujet de la *disparité d'opinion* ou de *faire retour* sur les objectifs. L'application du cadre et la clarification des rôles/tâches peuvent effectivement conduire à des « RA » (et donc confronter ces thérapeutes à l'ensemble des difficultés et enjeux personnels dont il a été question dans cet essai). À titre d'exemple, cela peut soulever chez le thérapeute novice le même genre de réticence qu'avec la question de l'*entente sur les objectifs*, entre autres en lien avec le type de RA (p. ex. : « le client pourrait devenir distant ou se fâché contre moi »), ou concernant des enjeux d'estime de soi ou d'attachement (p. ex. : « est-ce que je vais être capable d'aborder adéquatement la question du paiement d'une séance manquée »? et « est-ce que cela pourrait amener mon client à vouloir cesser son suivi »?). On comprend, dès lors, le genre de réserve qui conduit parfois certains thérapeutes novices à aborder le sujet de l'entente sur les rôles et les tâches avec circonspection, voire même à l'éviter carrément. Ainsi donc, si la plupart semblent concevoir la question des rôles et des tâches essentiellement sous l'angle que le thérapeute est avant tout l'*expert du processus* (voire qu'il est celui qui possède les

expertises relativement aux comportements et à la psyché humaine), on peut présumer que cela n'est pas encore pleinement assumé en termes de responsabilité (par exemple qu'il s'agit de leur rôle, en tant que thérapeute, d'appliquer le cadre). Cela est toutefois compréhensible, considérant le peu d'expérience de ceux-ci (Castonguay *et al.*, 1996).

Un autre élément d'analyse pertinent à envisager se rattache au fait que ce sont les participants d'orientation TCC qui semblent accorder le plus d'importance au deux dimensions plus techniques de l'AT, soit l'entente sur les objectifs et l'entente sur les rôles et les tâches. En effet, lorsque l'on s'attarde à leurs propos, on remarque vite que c'est eux qui ont fourni les réponses les plus détaillées et spécifiques, entre autres en ce qui concerne le mode d'établissement des objectifs, ainsi que des tâches à accomplir dans le cadre la psychothérapie. Bien que nous examinerons plus en détail cette question plus loin, il convient ici de souligner que ce sont les répondants d'approche TCC qui ont rapporté les façon de faire les plus concrètes et les plus tangibles, en matière de *tâches à accomplir*. Rajoutons que ce sont également eux qui semblaient les plus attentifs à bien expliquer la nature et la pertinence des tâches proposée, dans le cadre de la démarche. C'est aussi principalement eux qui ont argüés l'importance de porter attention au degré d'accord, d'aisance, de capacité et de motivation du client, eu égard à ce qui va être « travaillé » au cours du suivi psychothérapeutique.

Bien que le fait de se préoccuper des dimensions plus techniques de l'AT apporte assurément son lot d'avantages, tant en ce qui concerne l'AT que les RA, il importe tout de même de rappeler, en contrepartie, le risque qui guette le thérapeute novice de verser dans la tendance contraire, c'est-à-dire de prioriser les aspects plus techniques, au détriment de la dimension relationnelle. En effet, tel qu'évoqué dans notre cadre

théorique[17], bien que la thérapie soit avant tout une expérience relationnelle (Lambert & Norcross, 2014; Norcross, 2011; Patterson & Hidore, 1997), l'anxiété peut parfois conduire le thérapeute débutant à se réfugier du côté de la théorie ou d'aspects plus didactiques, plutôt que d'entrer en relation avec ses clients (Drouin, 2005). Or, bien que ce réflexe de recherche d'appuis techniques et théoriques soit tout à fait normal de la part du thérapeute possédant peu d'expérience (Lecomte *et al.*, 2004), une telle réaction peut néanmoins avoir des incidences sur la construction de son lien avec ses clients (Eubanks-Carter *et al.*, 2015; Skovholt & Rønnestad, 2003).

Rajoutons à ce sujet que la charge d'affects négatifs que porte le client (en plus des RA qui surviennent en cours de processus) peut engendrer des sentiments négatifs chez le thérapeute (tels que la colère, la honte, l'anxiété, etc.), ce qui le conduit parfois à réagir de manière contre-productive, par exemple en se retirant, ou en adhérent de manière trop rigide aux techniques d'intervention (Safran & Kraus, 2014; Safran & Muran, 2006, 2000a). Bien que cela constitue une réaction courante chez les thérapeutes devant faire face à des RA, surtout lorsqu'ils possèdent peu d'expérience (comme c'est le cas des participants de la présente étude), cela interagit souvent négativement dans la formation de l'AT et les résultats de la démarche (Doran *et al.*, 2017; Castonguay *et al.*, 1996). Rajoutons que ce genre de réactions contribuent également à renforcer le cycle de RA (« retrait/conformité », « confrontation ») conduisant aux impasses relationnelles, ce qui augmente, par le fait même, le risque de terminaisons unilatérales et d'abandons thérapeutiques prématurés (Safran *et al.*, 2015; Safran & Muran, 2000a, 1996).

De telles études aident à mieux cerner le genre de risques cliniques sous-jacents de cette tendance mentionnées par divers participants, soit de se retrancher à outrance dernière l'*utilisation d'outils*, de *techniques*, de *concepts théoriques* ou de *manières*

[17] Voir la section 1.2 pour plus de détails.

davantage prescrites de faire. Rappelons notamment à ce sujet que certains d'entre eux ont parlé de « tendance à se cacher derrière les outils », « d'être trop préoccupé par les tâches à accomplir et non par les besoins du client », « d'utiliser la théorie pour entrer en contact » ou encore de « se mettre à l'abri derrière le rôle de thérapeute expert des processus mentaux plutôt qu'entrer véritablement en relation avec le client ». Or, dans les faits, de telles réactions sont sans doute encore plus à même de prendre place lorsqu'on rajoute dans l'équation la série de difficultés dont les répondants ont fait mention concernant l'AT, et plus particulièrement les RA (qu'il soit question d'émotions pénibles ou d'enjeux en lien avec l'attachement ou la compétence personnelle).

4.2.3 De l'alliance thérapeutique aux ruptures d'alliance

Plus à l'aise avec le concept d'AT que de RA

L'exploration de la représentation de la construction de l'AT et de la réparation des RA des thérapeutes novices ayant participé à la présente recherche a permis de recenser un ensemble de constats au regard de nos deux grands thèmes d'analyse. Selon une perspective transversale, une des principales conclusions constitue sans doute le fait que les répondants semblent considérablement plus au fait, et à l'aise, avec le concept d'AT que celui des RA. Plusieurs constats soutiennent, de fait, une telle affirmation. Rappelons à ce sujet que la moitié des participants ne connaissaient pas, à proprement parler, l'expression de « rupture d'alliance », et que maints d'entre eux sont apparu en parler avec plus de difficulté. Cela donne l'impression que plusieurs de ceux-ci possèdent une compréhension partielle, voir parfois erronée, de la notion de RA (par exemple d'associer le terme de « rupture d'alliance » avec celui d'« abandon définitif » de la psychothérapie), tant sur le plan du savoir « théorique », que du savoir « faire » et « être ». Cela laissent également l'impression que plusieurs

ne connaissent pas et/ou qu'ils sous-estiment les bienfaits cliniques des RA (Safran & Kraus, 2014; Tessier, 2004), lorsque utilisées comme des leviers thérapeutiques (Doran *et al.*, 2017, Safran *et al.*, 2015; Safran & Muran, 2011, 2000a, 1996).

Ces impressions semblent toutefois bien compréhensible, si l'on tient compte du peu (voire même de l'absence, dans divers cas) de formation que ceux-ci ont reçu sur le sujet, tel que plusieurs participants l'ont clairement évoqué. Sur le plan de l'analyse, ce manque de maitrise du sujet (et la difficulté subséquente à identifier des exemples de RA concrets, vécus avec leurs clients) est compréhensible, particulièrement lorsqu'on tient compte de ce peu de formation des participants à ce sujet. En effet, lorsqu'on s'y attarde plus spécifiquement, on constate effectivement que les étudiants qui étaient les plus *à l'aise* avec les RA (tant en ce qui concerne la connaissance « théorique » que le savoir « faire » et « être ») sont les participants qui ont rapporté avoir eu la chance de bénéficier, lors de leur(s) internat(s), de l'enseignement de superviseurs les ayant initié au sujet (un autre constat central de notre recherche). L'inverse est naturellement tout aussi vrai, puisque les étudiants qui semblaient le moins à l'aise avec les RA (tant en ce qui a trait à la connaissance « théorique » qu'au travail clinique qu'elles sous-tendent) étaient ceux qui, de manière générale, ont rapporté avoir reçu très peu (ou pas) de formation à ce sujet. Rappelons que la grande majorité d'entre eux ont d'ailleurs été on ne peut plus clairs sur la question : ils estiment que leur formation universitaire en psychologie n'a définitivement pas été suffisamment orientée sur l'enseignement de la construction de l'AT et de la réparation des RA (une vision commune qui semblaient encore plus prononcée dans le cas des RA). Rappelons également que la plupart des répondants ont fait valoir qu'ils auraient eu besoin non seulement de plus de formation théorique sur le sujet, mais aussi de pouvoir se pratiquer et faire davantage l'expérience de tout ce qui touche à la construction de l'AT et la réparation des RA.

On a d'ailleurs pu constater que ce manque de maitrise du sujet se reflète dans toutes les diverses sphères des RA qu'il soit question de reconnaissance des RA, des stratégies pour réparer les RA, du type de RA vécues, etc. À titre d'exemple, rappelons que seulement le quart (3) des participants apparaissent en mesure de faire une lecture assez fine des indices possibles de RA, tant pour ce qui est des marqueurs de type « retrait/conformité » que ceux de type « confrontation ». Dans une même optique, on constate un degré de connaissance et d'application du processus de réparation des RA significativement moindre chez plus de la moitié des participants. Nous retenons ainsi ici une moins bonne connaissance de deux des trois dimensions de l'AT (lire les volets plus techniques) par la moitié des participants, ainsi qu'un manque de maitrise encore plus marqué du concept des RA par une majorité de participants, ce que nous lions directement, sur le plan de l'analyse, au manque de formation des répondants concernant ces deux concepts (ce que les participants ont amplement confirmés).

Un autre fait important qui laisse entendre ce manque de maitrise des RA est illustré par cet écueil constaté chez plusieurs des participants à pouvoir rattacher leur compréhension des expériences d'impasse relationnelle à des exemples concrets, vécus avec leurs clients (et cela, même lorsque nous nous y attardions plus longuement). En effet, tel que nous l'avons déjà évoqué, cette façon de décrire leur expérience personnelle donnait l'impression que plusieurs des répondants en parlaient quelquefois de manière plus théorique (particulièrement en ce qui concerne les RA), en fournissant des exemples à connotation davantage générique, plutôt qu'en étant en mesure de pouvoir raccrocher leur compréhension à des exemples tangibles, trouvant un ancrage concret dans leur pratique.

Cette difficulté se rattache d'ailleurs sans doute à divers autres constats recensés tout au long de cet essai. Parmi ceux-là, il faut se souvenir que seulement le quart (3) des participants sont apparus en mesure de faire une lecture assez fine des indices

possibles de RA, tant pour ce qui des marqueurs de type « retrait/conformité » que ceux de type « confrontation ». Les autres participants (9) avaient tendance à identifier uniquement certains marqueurs (principalement de type « retrait/conformité »). Il importe également de souligner que près des trois quarts des participants (7) ont rapporté avoir tendance à éviter de se retrouver en RA avec leurs clients. Or, sur le plan de l'analyse, cela laisse croire que plusieurs d'entre eux ne saisissent pas pleinement les deux grands consensus qui existent au sujet des RA, à savoir que : les moments négatifs et les RA sont des *éléments inévitables* en thérapie, et une des *habiletés les plus importantes* du thérapeute est celle d'être capable de détecter, de composer et de réparer les RA (Doran *et al.*, 2017; Safran *et al.*, 2015; Safran & Muran, 2011, 2000a, 1996; Binder & Strupp, 1997; Horvath 1995; Bordin, 1994; Henry & Strupp, 1994).

Dans un même esprit, il convient aussi de noter que ce degré de connaissance qui diffère sensiblement d'un participant à l'autre (tant sur le plan du savoir « théorique », que du « savoir-faire » et « savoir être ») a été particulièrement observé concernant la négociation des RA. À ce sujet, rappelons que bien que tous les participants, sans exception, ont rapportés percevoir la pertinence clinique de négocier les RA vécues avec les clients, seulement trois participants ont semblé en mesure de bien décrire l'application de l'ensemble des étapes pour restaurer une AT en rupture avec leurs clients. Qui plus est, on constate chez sept d'entre eux un degré de connaissance et d'application du processus de réparation des RA significativement moindre (sans parler que ceux-ci avaient également tendance à fournir des exemples qui laissaient l'impression de contextes généraux relevant davantage de la supposition théorique et de l'extrapolation que de situations concrètes vécues avec leurs clients). Sur le plan de l'analyse, on peut penser que ce manque de connaissance théorique fait en sorte que plusieurs participants n'ont pas le réflexe de porter attention et/ou de reconnaitre les signaux traduisant une possible RA avec le client. Plus ou moins la moitié d'entre eux ont d'ailleurs explicitement mentionné ne pas trop savoir comment

négocier les RA, sur le plan clinique, et qu'ils étaient aussi hésitants à aborder ouvertement la situation lorsqu'un tel contexte se présente avec un client.

La crainte des RA

Une autre conclusion importante de notre recherche constitue cette importante difficulté que les RA semble constituer pour de nombreux participants, ce qui peut les conduire à *éviter diverses RA* (et/ou à sous-estimer leurs bienfaits cliniques, lorsque utilisées comme des leviers thérapeutiques). Ce constat nous apparait tout particulièrement significatif, sur le plan de l'analyse, en raison des nombreux éléments qu'il soulève. De fait, il représente sans doute le corps de notre analyse, étant donné qu'il nous permet de rattacher dans un tout cohérent l'ensemble des thèmes importants abordés dans cet essai.

Dans les faits, on comprend que cette tendance partagée par plusieurs des participants à éviter les RA résulte d'un inconfort à aborder des sujets pouvant conduire à des impasses relationnelles avec le client. Nous avons amplement fait état du genre de difficultés et d'enjeux personnels auxquelles cela confronte la majorité d'entre eux. On se souviendra notamment à ce sujet que plusieurs répondants ont rapporté diverses raisons pouvant les conduire à éviter d'aborder les RA (ou certains sujets pouvant conduire à une RA), de crainte de ce que cela pourrait engendrer chez le client (et chez eux-mêmes, par la même occasion). Parmi celles-là, rappelons leur malaise avec certaines émotions ou réactions possibles des clients (p. ex. : qu'ils se fâchent, qu'ils deviennent distant, qu'ils abandonnent leur suivi psychothérapeutique, etc.), mais aussi leurs craintes de les blesser ou de les indisposer. Mentionnons également l'appréhension des participants de vivre des émotions particulièrement pénibles pour eux (telles que la honte, la tristesse, le sentiment d'impuissance, la

panique, etc.), ou encore de toucher à des enjeux personnels sous-jacents (par exemple se sentir incompétent, inadéquat, rejeté, etc.). En ce sens, il est facile de saisir le genre de retenue qui peut habiter ces thérapeutes novices, lorsque vient le temps d'aborder des sujets pouvant conduire à une RA.

En effet, bien que ce genre de difficultés soit tout à fait normal, considérant à la fois le manque d'expérience de ces thérapeutes (Muran &Barber, 2011; Strasser & Gruber, 2004) et la complexité de la tâche (Eubanks-Carter *et al.*, 2015; Lecomte *et al.*, 2004; Skovholt & Ronnestead, 2003), il n'en demeure pas moins que les RA peuvent les confronter à des émotions pouvant être particulièrement souffrantes, sur le plan affectif (Thériault et Gazzola, 2005; Strasser & Gruber, 2004). Tel que nous l'avons explicitement identifié, les propos des participants ont effectivement confirmé des données déjà recensées dans la littérature scientifique, à savoir combien les thérapeutes peuvent éprouver de grandes difficultés lorsqu'ils vivent des situations tendues ou conflictuelles avec leurs clients, particulièrement lorsque ces derniers démontrent des signes de colère ou d'hostilité (Lecomte, 2010; Najavits, 2000; Matsakis, 1998; Binder & Strupp, 1997).

Les propos des participants nous ont également permis de constater à quel point les RA peuvent engendrer chez les thérapeutes des sentiments de dépréciation, de doute et d'incompétence, des sentiments pouvant être particulièrement pénibles et destructeurs pour eux, selon les recherches, puisque qu'ils engendrent une perte de confiance tant envers leur efficacité, que leurs habiletés et leur jugement clinique (Thériault *et al.*, 2009; Thériault et Gazzola, 2005; Dryden, 1992). Bref, on peut présumer que les thérapeutes novices auraient beau connaitre « théoriquement » la pertinence de la négociation des RA, par exemple en sachant que permettre au client d'exprimer des insatisfactions dans un climat sécuritaire serait un élément profitable pour le cheminement de ce dernier (Aspland, 2008) ou qu'un tel contexte d'accueil

des affects négatifs du client favorise la consolidation de l'AT (Doran *et al.*, 2017; Rhodes *et al.*, 1994), cela ne rend certes pas l'exercice plus facile pour autant.

Sur le plan de l'analyse, nous retenons ainsi que cette tendance partagée par plusieurs participants de ne pas « aborder » les RA (ou certains sujets pouvant conduire à) avec leurs clients, ne relève pas simplement du manque de connaissance théorique concernant les RA. En effet, l'exploration de cette tendance à éviter divers thèmes (p. ex. : faire un retour sur les objectifs, refléter certaines dimensions de la relation, appliquer divers éléments du cadre, etc.) s'explique également par des dimensions plus profondes et plus intrinsèques, relevant davantage de l'affectif et de l'intrapsychique.

Incidemment, si nous avons déjà conceptualisé selon un principe de « cercle vertueux » les cinq « conditions gagnantes » et les attitudes sous-jacentes permettant aux participants de construire un lien thérapeutique de qualité avec leur client (voir schéma I, p. 125), on pourrait faire de même eu égard aux cinq constats dont il est ici question. Dans ce cas-ci, il conviendrait cependant davantage de parler d'un cercle « vicieux », que « vertueux », puisque ces diverses facettes semblent s'inter-influencer et s'inter-alimenter de manière plutôt négative, d'un point de vue clinique, dans la mesure où elles conduisent les participants à éviter d'aborder certains sujets, de peur d'engendrer des RA avec leurs clients.

En effet, en fonction de ce que nous avons pu déceler dans le propos de la plupart des participants, il semblerait premièrement que les difficultés éprouvées au regard de diverses émotions et comportements du client (notamment en ce qui a trait à la colère ou la distance relationnelle) activent chez eux des enjeux personnels (notamment d'attachement et d'estime de soi). Deuxièmement, ces difficultés avec les réactions du client et les enjeux que cela engendrent ont pour effet de générer chez plusieurs d'entre eux d'importantes réticences lorsque vient le temps d'assumer le rôle du

« mauvais objet » (par exemple en ayant à appliquer certaines règles du cadre ou en abordant des sujets plus délicats pour le client). Troisièmement, ces trois éléments semblent se rassembler pour conditionner les valeurs et la manière de concevoir la psychothérapie des participants. Quatrièmement, la manière dont ils conçoivent la psychothérapie vient elle-même, à son tour, influencer leur manière de négocier les RA (lire de les éviter). Enfin, cette tendance à éviter certaines situations de RA contribue à consolider la difficulté avec les impasses relationnelles, entre autres car cela ne leur permet pas de se « pratiquer », d'en faire une expérience différente (puisqu'ils les évitent) et d'ainsi défaire le pairage négatif que RA = erreur de leur part. Or, globalement, cela donne l'impression de cinq composantes (difficulté du thérapeute avec les réactions du client, enjeux personnels, difficulté à être le « mauvais objet », manière de concevoir la psychothérapie, tendance à éviter les RA) qui s'entre-maillent si fortement qu'il devient ardu d'évaluer la proportion et/ou la portée respective de ces dimensions dans un tel métissage, ou encore la part d'influence de chacune dans l'articulation et l'étayement des autres dimensions. Pris sur un autre angle, on pourrait se demander dans quelle mesure les enjeux personnels d'un thérapeute influence sa façon d'intervenir ou de concevoir la psychothérapie et vice et versa? Ou encore à quel point est-ce que ses valeurs conditionnent sa posture théorique? Ou bien quelle dimension est davantage au service de l'autre, et laquelle possède le plus d'influence sur l'ensemble du système?

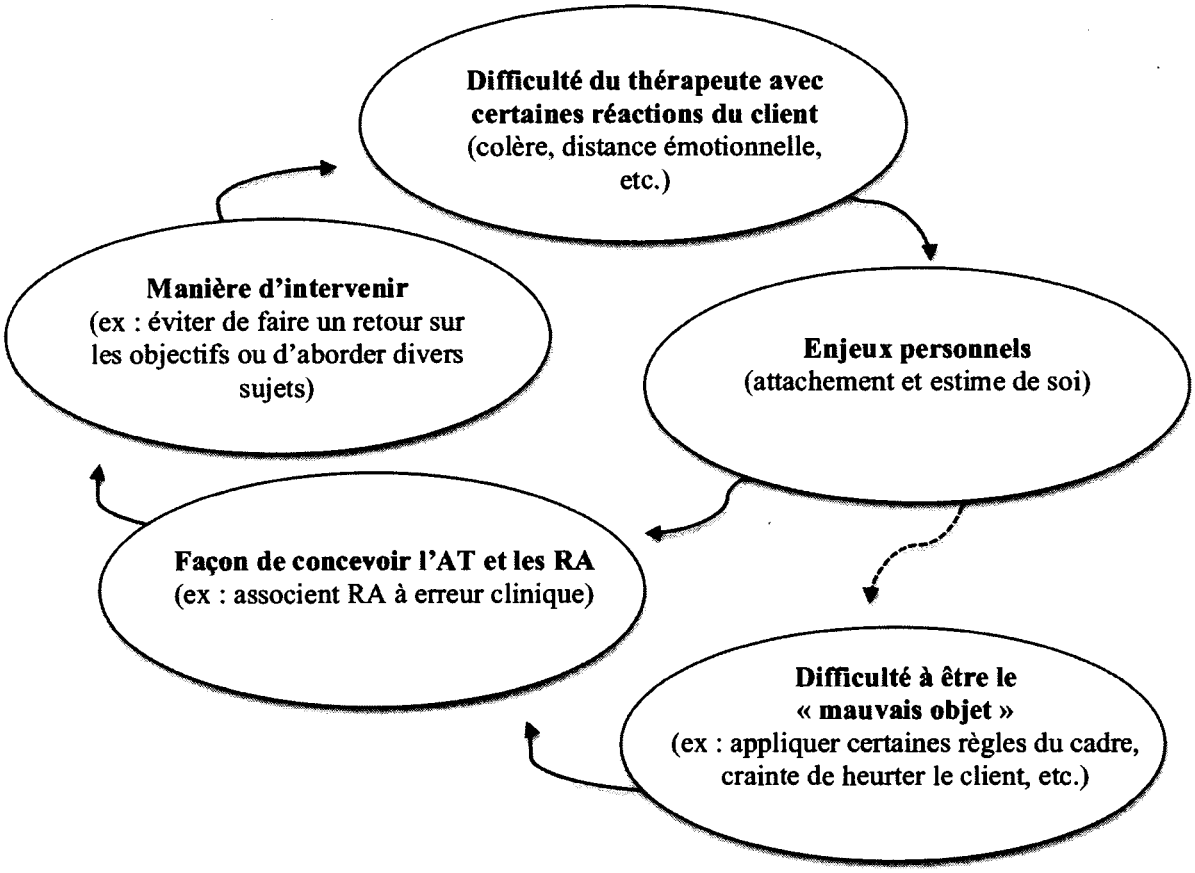

Schéma II : principe du « cercle vicieux » (des éléments s'inter-influençant négativement dans la négociation des RA)

Au plan de l'analyse, nous retenons aussi que ces divers éléments ont une influence sur la manière dont les participants se représentent et abordent la question de l'AT et des RA. À titre d'exemple, nous avons évoqué qu'une des dimensions de l'AT dans laquelle la plupart d'entre eux semblent être le plus à l'aise est celle du *lien affectif* (du moins la dimension essentiellement positive de celui-ci). L'exploration de ce thème nous a d'ailleurs permis d'identifier cinq « conditions gagnantes » (stratégies

et façons de faire), de même qu'un ensemble d'attitudes sous-jacentes auxquelles les répondants ont rapporté avoir recours pour construire un lien thérapeutique de qualité avec leurs clients. Cela apparait indéniablement être une force chez la grande majorité d'entre eux, ce que nous avons d'ailleurs conceptualisé à l'aide d'un schéma (voir p. 125), à partir d'un principe de « cercle vertueux » où chacune de ces « conditions gagnantes » (et attitudes sous-jacentes) s'entre-maillent et se consolident mutuellement. Il en résulte un amalgame qui semble permettre aux participants de consolider la qualité du lien qu'ils développent avec leurs clients. En ce sens, on constate que les répondants porte généralement assez bien le rôle du « bon objet », c'est-à-dire la *figure parentale* qui *englobe*, qui *supporte*, qui *rassure*, qui *gratifie*, etc., (Bouvet, 2006), et qu'ils semblent se camper ainsi assez naturellement dans une logique de « prendre soin ».

Par contre, cette force à construire un lien thérapeutique de qualité (on pourrait être tenté de dire à tout prix) apparait devenir un écueil (et rejoint ainsi le thème du « cercle vicieux » évoqué précédemment), dans la mesure où la plupart des participants semblent si attentifs et soucieux de la qualité du lien qu'ils partagent avec leurs clients, qu'ils éprouvent souvent beaucoup de *difficulté à aborder des sujets* de nature moins positive du lien affectif, pouvant engendrer des RA (voire porter le rôle du mauvais objet). Certes, cette tendance à éviter de discuter de divers thèmes est compréhensible, considérant l'ensemble des éléments que nous venons d'avancer (manque de maitrise du concept, peu d'expérience, source de souffrance sur le plan affectif, etc.). Cela est d'ailleurs d'autant plus vrai si l'on se souvient que la plupart des répondants faisaient l'erreur d'associer RA et abandon définitif de la psychothérapie. Rajoutons également à ce sujet l'importance qu'accordent les thérapeutes novices à la perception de leur clients (p. ex. : ce qu'ils pensent d'eux et de leurs interventions, en tant que psychothérapeute), qui représente une source de rétroaction centrale pour eux (Skovolth & Ronnestad, 2012, 1993), ce qui amène souvent ces thérapeutes à vouloir établir une relation essentiellement positive avec

leurs clients. Ce qui renforce sans doute cette crainte d'aborder divers sujets avec ceux-ci, par la même occasion.

Bien que compréhensible, ce genre de *pairage négatif* que la plupart des participants apparaissent faire eu égard aux RA n'en demeure pas moins tout autant une *erreur de conception*, qu'une mauvaise compréhension clinique. Nous avons d'ailleurs explicité cette association négative que plusieurs d'entre eux possèdent au sujet des RA, qui sont souvent perçues comme une menace potentielle au lien (p. ex. : le client pourrait ne plus vouloir revenir en thérapie), ou à leur sentiment de compétence personnelle (p. ex. : je pourrais intervenir de manière inadéquate, le client pourrait trouver que je ne suis pas à la hauteur, etc.).

On peut sans doute ici établir un lien avec un autre constat observé chez plusieurs participants, soit la contestation du terme de « rupture » d'alliance. On se souviendra à ce sujet que ceux-ci préféraient parler de « mini » rupture (voire de « fissure », de « déchirure », de « variation », de « fluctuation », etc.), puisqu'estimant que le terme de « rupture » relevant trop de l'ordre « définitif » et de l'«irrévocable », plutôt que du « partiel », du « momentané ». Pour mieux comprendre cette résistance avec l'utilisation du mot « rupture », il convient de s'attarder d'abord à la définition du terme, qui se comprend comme une « fracture d'une chose solide en deux ou plusieurs parties sous l'effet d'efforts ou de contraintes trop intenses... Comme une coupure, une déchirure d'une chose souple ». (CNRTL, 2014). Or, lorsqu'on examine la définition théorique de la RA, on constate que, bien que « momentanée », c'est tout de même de cela qu'il s'agit, d'*une déconnexion émotionnelle, ou d'une brisure du lien affectif* (plus ou moins partielle et momentanée). On peut, dès lors, spéculer que cela laisse place à une série d'associations et de représentations pouvant être plus difficilement assimilables, voire même possiblement anxiogènes, sur le plan affectif, surtout pour des thérapeutes novices. À tire d'exemple, une brisure du lien affectif peut prendre pour un thérapeute possédant peu d'expérience le sens de messages

aussi insidieux que : « si mon client se déconnecte émotionnellement, c'est signe je ne suis pas capable de comprendre ce qu'il vit », « si le lien affectif entre mon client et moi se brise, cela est une preuve que je suis inadéquat dans ce que je fais », ou encore « si nous somme en RA, cela pourrait signifier que mon client s'en aille et qu'il ne revienne plus ».

Dans un même esprit, nous avons fait état de cette réticence que partagent plusieurs répondants lorsque vient le temps d'aborder les RA, par crainte d'*offenser*, de *frustrer*, de *nuire*, d'*indisposer*, de *déplaire*, de *heurter*, de *créer un malaise* ou encore d'*occasionner des souffrances* chez leurs clients. Or, sur le plan de l'analyse, de tels propos suggèrent que plusieurs des répondants portent difficilement le rôle du « mauvais objet », c'est-à-dire de devoir assumer le rôle d'autorité qui *décide*, qui *frustre*, qui *juge*, etc. (Gabbard, 2010). Bien que cela constitue une réaction tout aussi compréhensible en soi, considérant le peu d'expérience de ces thérapeutes, cela constitue une fois de plus une conception « erronée » de leur part, sur le plan de l'efficacité thérapeutique (Eubanks-Carter *et al.*, 2015; Safran & Kraus, 2014; Safran & Muran, 2011, 2006, 2000a, 1996).

Pour bien comprendre cette assertion, il importe de se souvenir que la nature et le degré d'intimité que la relation entre le thérapeute et son client suggère est de nature à réactiver les enjeux développementaux, par le biais du phénomène de la reproduction transférentiel (Delisle, 1998). Dans cette optique, le thérapeute s'avère alors occuper, à partir des multiples représentations du client, à la fois une *figure d'autorité* (celui qui détient un *savoir présumé*, celui qui *gère le cadre et les limites*, etc.) et une *figure parentale* (parce qu'il *prend soin*, qu'il *frustre*, qu'il *inspire*, etc.) (Delisle, 2004). On comprend, dès lors, que le thérapeute débutant, sous le couvert du désir d'être un « bon » thérapeute (gentil, empathique, compréhensif, etc.), peut parfois avoir de la difficulté à « tolérer » la souffrance et/ou la frustration du client, et qu'il soit ainsi tenté de se camper dans le rôle du « bon objet » (qui gratifie, qui supporte, qui

rassure, etc.) à outrance, par exemple en étant trop accommodant ou encore en proposant un cadre trop souple à leurs clients (Drouin, 2005). Ce faisant, il « empêche » la relation transférentielle de s'installer, de même que la réactivation des enjeux développementaux, par la même occasion (Delisle, 2004). Sur le plan clinique, on pourrait alors dire que si le thérapeute n'accepte pas, pour un temps, de « faire partie du problème », il ne laisse ainsi pas au client l'occasion de « reproduire » ses impasses relationnelles (Delisle, 1998) engendrées par la fixation à des figures relationnelles défaillantes de l'enfance (Aubert, 2009). Ce dernier n'a donc pas l'opportunité de rejouer les scènes traumatiques de son enfance et de pouvoir vivre une expérience relationnelle nouvelle et correctrice, par l'entremise de la relation thérapeutique (Elliot, 2004). Autrement dit, en demeurant trop centré à préserver la dimension positive du lien que les participants développent avec leurs clients (ce qui constitue en même temps une de leur force), ceux-ci ne permettent pas à leurs clients de pouvoir réactiver les schémas relationnels déficitaires de l'enfance et de pouvoir ensuite faire l'expérience d'une relation à un soi-objet leur permettant de « réparer » les efforts développementaux court-circuités durant leur enfance (Buirski & Haglund, 2001). Greenberg (2002) illustre d'ailleurs fort bien ce principe lorsqu'il fait valoir que la psychothérapie ne débutera jamais si le thérapeute n'arrive pas à représenter le « bon objet », aux yeux de son client, mais qu'à l'inverse, elle ne se terminera jamais si le thérapeute n'arrive pas à prendre le rôle du « mauvais objet ». En ce qui concerne les participants, on pourrait alors dire qu'ils semblent généralement habiles à mettre en place un contexte propice à l'ouverture de soi des clients (voire un climat de confiance et de sécurité), par l'entremise de la qualité du lien thérapeutique qu'ils développent avec leurs clients. Par contre, le fait d'éviter certains sujets délicats avec ceux-ci empêche d'activer les impasses de contact qui sont nécessaire à la possibilité de redémarrer un chantier développemental (Castonguay et Hill, 2012) et ainsi de traiter, sur le plan clinique, les « véritables » enjeux intrapsychiques posant « problème », dans l'organisation de la personnalité du client (Khan, 1996).

Or, d'un point de vue théorique, cette erreur de conception concernant les RA nous ramène une fois de plus aux deux grands consensus existant à leur sujet, à savoir que : 1) les *moments négatifs* et les RA sont des éléments *inévitables* en thérapie (parce participant des schèmes relationnels propres au client qui rejoue dans la relation thérapeutique ses enjeux développementaux inachevés), 2) une des *habiletés les plus importantes* du thérapeute est celle d'être capable de détecter et de composer avec ce genre de situations (voire de réguler son expérience affective pour demeurer disponible à la situation émergente dans la relation), et d'être en mesure de réparer les RA (Doran *et al.*, 2017; Safran *et al.*, 2015; Safran & Muran, 2011, 2000a, 1996; Binder & Strupp, 1997; Horvath 1995; Bordin, 1994; Henry & Strupp, 1994). En effet, sur le plan de l'efficacité clinique, les thérapeutes novices auraient plutôt intérêt à associer les RA avec les dimensions positives qu'elles comportent (p. ex. : elles représentent d'excellentes opportunités d'expérience réparatrice pour le client, lorsqu'utilisées comme levier thérapeutique), plutôt qu'aux représentations négatives qu'ils s'en font indument (p. ex. : elles représentent un signe d'incompétence du thérapeute, une menace au lien thérapeutique, etc.).

Dans une même perspective, soulignons un autre risque qui guette le thérapeute qui évite les sujets pouvant mener à des RA, soit celui d'instaurer avec une *pseudo alliance* (Eubanks-Carter *et al.*, 2015; Safran & Muran, 2011, 2000a, 1996). En effet, le fait d'éviter d'aborder certains thèmes peut effectivement conduire le client à adopter diverses attitudes d'*évitement* (telles que le retrait, la passivité, l'apathie, l'indifférence, la nonchalance, la distance émotionnelle, etc.) ou encore de *conformité* (p. ex. : la manipulation, la dissimulation, la simulation, etc.) qui laissent croire au thérapeute en une AT de qualité, bien que cela ne serait pas véritablement le cas. Il importe donc de garder à l'esprit que bien que plus diffus, il n'en demeure pas moins que ce genre d'attitudes traduit vraisemblablement une RA de type « retrait/conformité » pouvant mener à des impasses relationnelles, ce qui augmente,

par le fait même, le risque de terminaisons unilatérales et d'abandons thérapeutiques prématurés (Eubanks-Carter *et al.*, 2015; Safran & Muran, 2011, 2000a).

Sur le plan de l'analyse, on retient alors que les implications cliniques de ne pas aborder certains sujets, de peur de devoir composer avec des RA, ne s'appliquent pas uniquement avec l'appréhension d'engendrer des RA de type « confrontation » (attitude de colère et d'insatisfaction du client), ce dont trois quarts (8) des participants ont fait mention. Il en va de même avec la difficulté de composer avec les RA de type « retrait/conformité » (distance émotionnelle du client), dont l'autre quart (4) des participants ont fait mention. De ce fait, il importe ainsi de garder à l'esprit que peu importe le type de RA posant difficulté aux yeux des répondants (qu'il soit question de type « retrait/conformité » ou de type « confrontation »), la pertinence de la négociation des RA, de même que les risques subséquents de ne pas s'y attarder, sont tout aussi significatifs, sur le plan clinique.

En terminant, on constate donc que cette difficulté que partagent la grande majorité des participants à aborder des sujets pouvant engendrer des RA représente l'élément central de notre analyse. Ce constat nous permet, de fait, de rattacher l'ensemble des éléments importants qui ont été abordés dans cet essai en un tout cohérent. C'est ce que le schéma suivant illustre, en appréhendant les diverses conclusions dans une perspective globale :

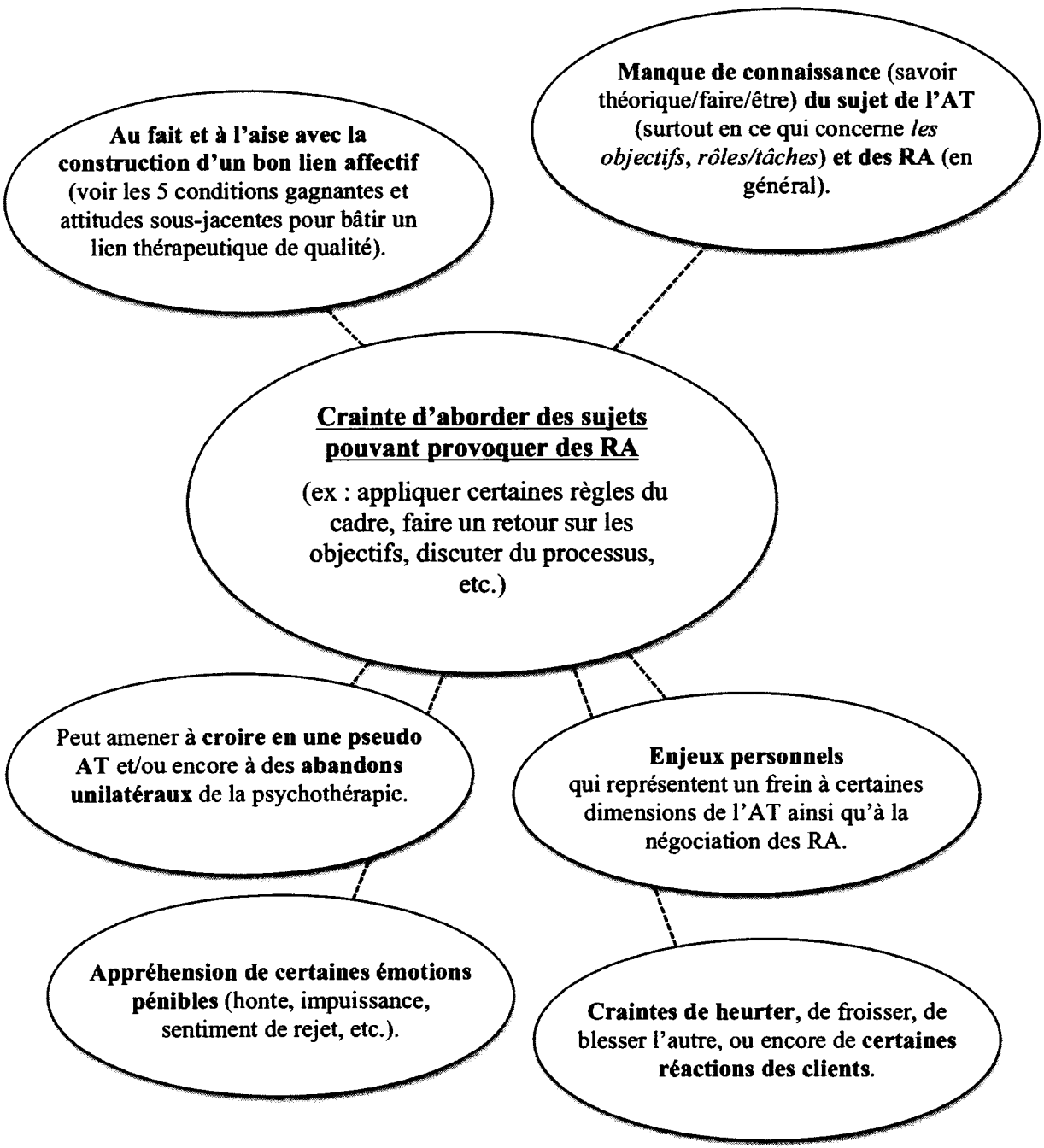

Schéma III : synthèse des principales conclusions de la recherche

On constate donc que notre étude permet de tirer une autre conclusion importante : il appert qu'on peut difficilement aborder la représentation de la construction de l'AT chez les thérapeutes novices sans s'attarder à leur façon d'appréhender la réparation des RA. En effet, considérant la grande influence que possède la manière dont ces derniers gèrent la réparation des RA sur leur façon d'aborder la construction de l'AT, il semble nécessaire de l'inclure dans toute analyse qu'on pourrait vouloir faire de la question. Rappelons simplement à quel point la crainte d'aborder divers sujets pouvant conduire à des RA conditionne la manière dont les participants se représentent la construction de l'AT. Pensons aussi à cette considérable tendance mise à jour, chez la plupart d'entre eux, d'éviter de faire des retours périodiques sur les objectifs initiaux que poursuit la thérapie (qui renvoi à la dimension de l'AT de l'entente sur les objectifs). Ou encore à la difficulté que plusieurs ont nommées d'assumer le rôle du responsable du cadre/du mauvais objet (qui renvoi à la dimension de l'AT de l'entente sur les rôles et du lien affectif).

Précisons en terminant que notre étude ne permet toutefois pas de trancher définitivement sur les raisons qui amènent plusieurs des participants à sous-estimer le potentiel clinique des RA, à chercher à les éviter, ou encore à les appréhender avec beaucoup de circonspection. En effet, il est impossible de départager, exactement, ce qui relève du manque de maitrise de sujet, de l'inconfort par rapport à certaines émotions (ou situations vécues avec les clients), ou encore des enjeux personnels auxquels cela les confrontent. Logiquement, on peut penser qu'il s'agit sans doute d'un mélange de tous ces facteurs, une dimension sur laquelle nous reviendrons lorsqu'il sera question des recommandations formulées à partir de notre travail de recherche.

Des difficultés avec la colère et le retrait

Parmi les divers constats observés, nous avons fait mention que le deux tiers (8) des participants éprouvent considérablement plus de difficulté avec les RA de type « confrontation » (lire les attitudes et réactions se rattachant à l'émotion de colère). Notons que ce genre difficulté est largement supporté empiriquement, notamment à savoir que l'hostilité des clients représente un des affects les plus menaçants pour les thérapeutes novices (Sharkin & Gelso, 1993; Davis *et al.*, 1985) et que les critiques et l'hostilité peuvent engendrer des sentiments de dépréciation et d'incompétence qui affectent considérablement la capacité des thérapeutes à réguler leurs émotions (Thériault *et al.*, 2009; Najavits, 2000). Rajoutons à ce sujet que les réactions d'évitement rapportées par plusieurs des participants eu égard à cette émotion ne relèverait pas de l'exception, puisque la colère dirigée contre le thérapeute aurait pour effet d'engendrer une anxiété telle que cela inciterait à adopter des comportements d'évitement (Hill *et al.*, 2003; Henry *et al.*, 1993).

Or, bien que normale, cette difficulté nous semble néanmoins particulièrement significative, sur le plan de l'analyse des défis que posent les RA, considérant que la plupart des impasses relationnelles reposent sur des expériences de dérégulation émotionnelle (Lecomte, 2009). Rappelons à ce sujet que si le thérapeute ne parvient pas à recevoir la charge affective de ses clients, ou qu'il n'arrive pas à réguler adéquatement ses propres émotions, cela peut générer des RA menant à l'impasse thérapeutique (Doran & Safran, 2016; Ackerman & Hilsenroth, 2001; Safran & Muran, 1996). Le client pourrait alors réagir par le retrait ou la colère, en passant par l'évitement ou l'abandon thérapeutique prématuré (Lecomte *et al.*, 2004). On comprend, dès lors, que l'apprentissage de la régulation des émotions constitue un important défi pour le thérapeute, surtout lorsqu'il est question de critiques ou d'hostilité de la part des clients (Norcross 2007).

Il convient ici de faire le lien avec un autre constat observé, et allant dans un même sens, soit que de la moitié des participants n'ont pas abordé la question des indices pouvant possiblement traduire une RA de type « confrontation ». De fait, on peut avancé que ces participants n'ont possiblement pas abordés la notion de marqueurs de RA de type « confrontation » parce qu'ils sont pas encore assez familier avec le concept, du fait qu'ils vivent peu ce genre de situations, du fait de leur inconfort dans les moments de RA de type « confrontation ».

De telles hypothèses se déduisent non seulement du fait que les thérapeutes novices pourraient être plus sensibles aux situations impliquant des affects se situant dans un continuum de colère (irritation, frustration, impatience, etc.), ce que le matériel empirique soutien (tel que nous l'analyserons plus loin), mais aussi considérant le caractère plus facilement observable des marqueurs de ruptures de type « confrontation », étant donné leur nature plus explicite. Autrement dit, comment expliquer que plus de la moitié des participants n'aient pas abordé la question des marqueurs de RA de type « confrontation », alors ce que ceux-ci sont plus évidents à percevoir que les marqueurs de type « retrait/conformité », sinon que parce que ces participants en ont moins (ou pas) fait l'expérience (pour toutes sortes de raisons présumables).

Rappelons ensuite qu'à l'inverse, le tiers (4) d'entre eux ont noté que les RA de type « retrait/conformité » représentaient davantage un défi pour eux (notamment en ce qui concerne le fait de devoir composer avec la passivité et/ou le manque d'implication/motivation de la part de leurs clients), car se disant davantage « porté sur l'action ». Sur le plan de l'analyse, cela pose notamment le défi que représente la reconnaissance de certaines situations de RA (particulièrement en ce qui concerne les RA de type « retrait/conformité », puisque que moins ouvertes et plus diffuses), particulièrement pour les thérapeutes novices. Dans cette perspective, il importe de garder à l'esprit les *marqueurs* de RA sont parfois très subtils et qu'ils peuvent donc

facilement échapper aux thérapeutes (Eubanks-Carter *et al.*, 2015; Derisley & Reynold, 2000). Souvenons-nous également en considérant le propos des participants à ce sujet que 65% des clients ne ferait pas directement mention de leurs insatisfactions (Hill *et al.*, 1996) et que dans seulement 27% des cas, les thérapeutes relèvent des marqueurs témoignant de RA (Rennie, 1994). Rappelons-nous aussi que plus l'AT est positive, moins il y a d'abandons thérapeutiques (Raue & Goldfried, 1994) et que tout près de 50 % de ceux-ci sont dus à des tensions relationnelles (Lecomte, 2007). Gardons au surplus à l'esprit que le taux d'abandon prématuré varie de 40 à 67 %, en thérapie, selon les problématiques du client (Clarkin & Levy; 2004) mais que, trop souvent, les thérapeutes ne découvrent les marqueurs de ruptures qu'au moment de la terminaison précipitée (Safran *et al.*, 2001). Ajoutons enfin que la détection des marqueurs ne signifie pas qu'ils seront abordés et/ou négociés de manière profitable pour autant (Sprenkle *et al.*, 2009).

Plus largement, nonobstant le type de RA posant problème, ces difficultés rapportés par les participants eu égard aux impasses relationnelles font ressortir, une fois de plus, toute l'importance, pour le thérapeute, d'être capable de pouvoir recevoir et de supporter la charge affective de ses clients, tout en étant à même de réguler adéquatement ses propres émotions (Eubanks-Carter *et al.*, 2015; Skovholt & Ronnestad, 2003). Cela est d'autant plus pertinent puisqu'on sait qu'une régulation adéquate de l'expérience affective permet au thérapeute de demeurer disponible à l'expérience affective de son client et de lui fournir l'occasion d'exprimer des insatisfactions dans un climat sécuritaire (Safran & Kraus, 2014; Safran & Muran, 2011, 2006, 2000a, 1996; Aspland, 2008), et que ce contexte d'accueil des affects négatifs du client favorise la consolidation de l'AT (Doran *et al.*, 2017; Rhodes *et al.*, 1994) et le changement thérapeutique (Safran *et al.*, 2015; Safran & Muran, 2011, 2000a, 1996). On se souviendra également à ce sujet qu'un travail ouvert et non défensif sur les RA permettrait à la relation de se « rétablir », ce qui favorise l'expérience correctrice pour le client (Safran *et al.*, 2015; Bordin, 1994).

Par contre, étant donné que l'AT n'est pas un phénomène fixe, mais plutôt une courbe dynamique qui fluctue tout au cours de la démarche thérapeutique (Sprenkle *et al.*, 2009), il importe que le thérapeute soit en mesure de reconnaître les moments de rupture de lien entre lui et son client (Stiles *et al.*, 2004), surtout que la rencontre entre son expérience subjective et celle de son client conduit inévitablement à des moments de tension pouvant conduire à des abandons thérapeutiques, s'ils ne sont pas reconnus (Aspland, 2008; Lecomte, 2007). Le fait de devoir apprendre à composer avec les RA représente toutefois une tâche complexe (Safran & Kraus, 2014; Safran & Muran, 2011, 2000a, 1996), surtout pour des thérapeutes en formation (Muran &Barber, 2011; Strasser & Gruber, 2004; Lecomte *et al.*, 2004). Rappelons que ceux-ci doivent effectivement composer dans un contexte d'apprentissage d'un travail exigeant, particulièrement sur le plan émotionnel (Jennings & Skovolt, 1999), et que la négociation des RA suggère de savoir comment composer avec les résistances que cela peut engendrer chez le client, compte tenu de la charge affective qui accompagne souvent le fait d'aborder certains enjeux intrapsychiques plus sensibles de la dynamique personnelle du client (Safran & Kraus, 2014). Autrement dit, si l'on convient de la pertinence d'aborder les impasses relationnelle, il va de soi que cela suggère une certaine maitrise, tant sur le plan du « savoir-faire » que du « savoir-être », en vue d'être en mesure de pouvoir les utiliser en tant que levier thérapeutique, ce qui constitue néanmoins souvent un défi de taille, surtout pour des psychothérapeutes novices.

Sur le plan de l'analyse, cela situe un peu mieux le genre d'ambivalence que l'on a constaté dans le propos de plusieurs participant au sujet des RA, dans la mesure où celles-ci les confrontent souvent à un dilemme entre, d'un côté, la pertinence clinique d'aborder les impasses relationnelles et, de l'autre, la charge émotive et les implications relationnelles que cela peut avoir si elles sont abordées. Dit autrement, d'un point de vue théorique, on sait que la négociation constante des impasses relationnelles représente une occasion unique de levier thérapeutique jouant un rôle

central dans le changement thérapeutique (Doran *et al.*, 2017, Safran *et al.*, 2015; Safran & Muran, 2011, 2000a, 1996, Hillard *et al.*, 2000). D'autre part, on a pu constater combien les RA peuvent engendrer chez les participants des sentiments pénibles (voire de dépréciation, de doute, d'incompétence, etc.), ce que la littérature supportent amplement, considérant que telles interventions peuvent représenter des expériences souffrantes pour les thérapeutes, sur le plan affectif (Eubanks-Carter *et al.*, 2015; Thériault et Gazzola, 2005; Strasser & Gruber, 2004; Skovholt & Ronnestead, 2003; Dryden, 1992). On présume ainsi que les thérapeutes novices ont beau connaitre « théoriquement » la pertinence de la négociation des RA, cela ne rend pas l'exercice plus facile pour autant.

4.2.4 Le statut de thérapeutes novices de nos participants et la littérature

Tel que détaillé tout au long de cet essai, les participants ont fait part d'une série de difficultés et d'enjeux personnels en lien avec la construction de l'AT, et plus particulièrement avec la réparation des RA (p. ex. : qu'on pense au fait de devoir composer avec les réactions du client et les émotions pénibles que cela leur fait vivre, de ne pas trop savoir comment aborder certains sujets délicats, d'assumer le rôle du « mauvais objet », de craindre de ne pas être à la hauteur ou que le client soit indisposé et/ou froissé et veuille, de ce fait, interrompre son suivi, etc.). Sur le plan de l'analyse, nous avons évoqué combien cela est normal et compréhensible, entre autres si l'on tient compte du peu d'expérience clinique des participants (Caillard et Chastang, 2010, Skovholt & Rønnestad, 2003, Castonguay *et al.*, 1996), de même que considérant la complexité de la tâche, tant sur le plan du « savoir-faire » que du « savoir-être » (Safran & Kraus, 2014; Kuenzli-Monard, 2009; Skovholt & Rønnestad, 2003).

À la lumière de ce dont nos participants nous ont fait part concernant ces diverses difficultés et enjeux personnels vécus en lien avec la construction de l'AT et la réparation des RA, il est pertinent de situer davantage ici leurs propos par rapport à ce que la littérature nous révèle concernant les thérapeutes en formation. Pour mieux comprendre notre angle d'analyse, il convient de se rapporter à l'étude qualitative de Skovholt et Rønnestad (1993), qui avait pour but de mieux comprendre ce qui distingue les thérapeutes, en fonction des différents stades de développement professionnel. Ces travaux ont notamment permis de diviser le développement de la compétence professionnelle des thérapeutes en sept différentes phases.

Rappelons d'ailleurs que c'est à partir de ces stades que nous avions fondé notre principal critère de sélection de nos participants. En effet, compte tenu que le but de notre recherche était d'explorer les représentations de thérapeutes novices, nous avions établi que nos participants devaient être des thérapeutes ayant entre 6 mois et 2 ans d'expérience en tant que psychothérapeute, ce qui correspond à la phase d'*autonomie conditionnelle* identifiés par Skovholt et Rønnestad (1993)[18]. C'est donc dire que nos participants étaient des étudiants à un *stade avancé de formation* (Skovholt & Rønnestad (2012)[19], c'est-à-dire dans la période des internats intensifs (plus précisément en train de faire leur dernier internat).

---

[18] Voir la section 1.2.2 (« le développement du thérapeute) pour connaitre les sept différentes phases du processus d'acquisition de compétences professionnelles des thérapeutes de Skovholt & Rønnestad (1993).

[19] Précisons que Skovholt et Rønnestad ont revisité l'étude de 1993 et publié, en 2012, un second ouvrage portant sur les étapes du développement de la compétence professionnelle des psychothérapeutes. Ces derniers ont ainsi bonifié la conceptualisation de ces diverses phases, en y rajoutant du nouveau matériel suite à une seconde étude. On y constate notamment que la phase d'*autonomie conditionnelle* (*conditional autonomy stage*) a été renommée en tant que stade équivalent, soit l'*étudiant à un stade avancé de formation* (*advanced student phase*). Notons toutefois que nous utiliserons ces deux expressions en tant que synonyme, tout en gardant à l'esprit que cette phase du développement de l'expérience professionnelle représente pour les thérapeutes en formation la période des internats intensifs (soit la fin du parcours scolaire).

Or, lorsqu'on consulte les caractéristiques des psychothérapeutes se situant dans cette phase d'autonomie conditionnelle du développement de la compétence professionnelle établie par Skovholt et Rønnestad (2012 et 1993), on constate rapidement divers parallèles pouvant être établi avec les propos de nos participants.

Notons d'abord à ce sujet qu'une notion centrale pour des thérapeutes à ce stade d'expérience professionnelle est sans équivoque la notion de rétroactions (*feedback*). De fait, il importe de savoir qu'une des principales sources de rétroaction pour des thérapeutes au stade de l'autonomie conditionnelle proviendrait de leurs clients (les deux autres principales autres sources de rétroaction à ce stade de développement de la compétence professionnelle étant le/la superviseur(e) ainsi que les pairs) (Skovholt & Rønnestad, 2012, 1993). Par rétroaction du client, on entend l'ensemble des attitudes et comportements que ces derniers peuvent avoir eu égard à leur thérapeute, par exemple les commentaires qu'ils font, le fait qu'ils décident d'interrompre leur suivi psychothérapeutique ou non, etc. Considérant que les étudiants à un stade avancé de formation en sont à leurs premières années de psychothérapie, il va sans dire que ceux-ci sont particulièrement vulnérables à la rétroaction verbale et non verbale qu'ils perçoivent de la part de leurs clients. Skovholt & Rønnestad (2012, 1993) ont, entre autres, noté qu'un manque de feedback positif peut être vécu comme une menace considérable au sentiment de compétence du thérapeute, voire même comme un traumatisme. On comprend, dès lors, que la question du *feedback* engendre ainsi souvent un niveau d'anxiété très élevé pour les thérapeutes à ce stade de développement de leur compétence professionnelle, ce qui les conduit souvent à être particulièrement sensibles aux indices leur apparaissant comme pouvant les informer à ce sujet (p. ex. : le degré d'acceptation du client au regard de ce qu'ils disent ou proposent concernant la psychothérapie, le degré d'atteinte des objectifs établi dans le cadre du suivi, etc.). Or, sur le plan des RA, on peut logiquement déduire que cette crainte de rétroactions négatives de la part du client explique, du moins en partie, le considérable malaise que la plupart des participants ont rapporté quant au fait

d'aborder des sujets pouvant engendrer des RA. Plusieurs de ceux-ci ont d'ailleurs ouvertement noté leur crainte de la perception et/ou de la réaction du client (p. ex. : « il pourrait me trouver incompétente », « il pourrait ne plus vouloir revenir à ses séances », « il pourrait être heurté ou froissé par mon observation », etc.) advenant le cas qu'ils aborderaient un sujet pouvant conduire à une RA.

On pourrait d'ailleurs établir le même parallèle avec la difficulté observée chez plusieurs participants à occuper le rôle du « mauvais objet ». En effet, considérant que ces derniers se trouvent à un stade de développement professionnel durant lequel ils sont particulièrement vulnérables au regard de leur client, il est commun que les participants puisse éprouver de la difficulté à assumer la figure d'autorité (en appliquant le cadre, en frustrant, en jugeant, en décidant, etc.), venant implicitement avec le rôle de psychothérapeute, puisque que parfois associé à la position du mauvais objet (p. ex. : qui persécute) (Bouvet, 2006). On comprend également mieux que ces thérapeutes novices assument plus difficilement les dimensions moins positives du lien (p. ex. : garder une constance malgré les fluctuations du lien, éviter de réagir en fonction de la dynamique transférentielle du client, etc.), par extension (Ionescu, 2002). Qui plus est, on conçoit que cela module leur façon d'appréhender la question de l'AT (par exemple le fait de faire peu ou pas de retours sur le sujet des objectifs poursuivis par la psychothérapie) et des RA, au point de souvent chercher à les éviter, tel que nous l'avons détaillé dans cet essai. Cette sensibilité des thérapeutes en formation eu égard au jugement de leurs clients nous aide ainsi à mieux saisir l'expérience affective d'anxiété évoquée par la grande majorité de nos participants devant la perspective de faire des interventions qui, bien que pertinentes, d'un point de vue clinique, pourraient néanmoins déplaire à leurs clients (qu'il soit question d'appliquer le cadre, de revenir sur les objectifs initiaux, de partager des observations cliniques, etc.).

Une autre dimension importante à prendre en considération dans le cas des psychothérapeutes au stade de l'autonomie conditionnelle du développement de leur compétence professionnelle est celle de la supervision. En effet, les travaux de Skovholt et Ronnestad (2012, 1993) mettent en valeur à quel point la supervision est une dimension centrale du processus d'acquisition des compétences des thérapeutes se situant à ce stade de leur développement. Leurs recherches ont notamment fait ressortir que les internes ressentent souvent un important besoin de *validation/confirmation* (1993), et que le regard que pose le superviseur sur eux (notamment en termes d'évaluation académique), ainsi que la rétroaction dont il leur fait part, constitue une dimension pouvant avoir une incidence primordiale sur le jugement que les thérapeutes auront d'eux-mêmes et de leurs compétences (2012, 1993). Qui plus est, Skovholt et Ronnestad (2012, 1993) constatent que, bien que les étudiants à ce stade de développement cherchent à assumer une certaine autonomie, ceux-ci demeurent relativement dépendants de leur superviseur(e), entre autres sur le plan des conseils, de la réassurance et de l'acquisition de nouvelles connaissances.

Or, en ce qui concerne la construction de l'AT et la réparation des RA, on a pu observer combien le superviseur était un facteur déterminant dans le degré de connaissance du sujet (tant sur le plan du savoir « théorique », que du savoir « faire » et « être »), tout particulièrement en ce qui concerne les RA et leur négociation. Rappelons brièvement à ce sujet que les trois participants qui semblaient le plus à l'aise et au fait avec le concept de RA sont ceux qui ont rapporté avoir eu la chance de bénéficier d'enseignements sur le sujet, dans le cadre de leurs stages et/ou internats, grâce au partage de connaissance de leur superviseur(e). Sur le plan de la comparaison, il semblerait ainsi que l'importance que prend la supervision pour les étudiants au stade de l'autonomie conditionnelle s'applique tout autant dans le cas du processus d'acquisition des connaissances nécessaires afin de composer efficacement avec l'AT et les RA. Nous reviendrons d'ailleurs sur ce sujet plus loin.

Une autre dimension certes non négligeable pour les thérapeutes au stade de l'autonomie conditionnelle est celle de l'anxiété liée à la complexité de la tâche. En effet, tel que l'observent Skovholt et Ronnestad (2012, 1993), cette phase du développement de la compétence professionnelle constitue la période la plus intense de la formation. Celle-ci implique, entre autres, l'apprentissage et la maitrise de concepts théoriques et pratiques davantage complexes, en lien avec le travail de psychothérapeute (2012, 1993). Les étudiants à ce stade réalisent ainsi qu'ils ont encore beaucoup à apprendre, ce qui est souvent une réalité très anxiogène pour eux. De fait, Skovholt et Ronnestad (2012, 1993) notent à ce sujet que les étudiants sont souvent impatients de faire preuve d'indépendance mais ne sont pas nécessairement prêt à travailler de façon autonome. Rajoutons que plusieurs d'entre eux ont également de très hautes attentes quant à leurs capacités, en tant que psychothérapeute, ce qui fait qu'ils désirent souvent exceller dans leur « nouveau » travail de clinicien, tout en cherchant excessivement à éviter de faire des erreurs (une composante pourtant normale du processus d'apprentissage). Ces internes ressentent donc davantage de pression, dans la dans la mesure où ils sentent qu'ils doivent s'acquitter de leur mandat plus convenablement que jamais (en plus qu'ils seront jugés académiquement pour les « performances ») (Skovholt & Ronnestad, 2012). Les travaux de ces chercheurs (2012, 1993) confirment également que cette anxiété de performance contribue à ce que les étudiants au stade de l'autonomie conditionnelle agissent souvent de manière conservatrice et prudente à outrance. De manière assez typique, cela a pour effet que ceux-ci sont plus tendus et prennent moins de risques, en même temps qu'ils font preuve de moins de créativité et de spontanéité dans leur travail clinique.

Sur le plan des comparaisons, on peut facilement tracer un parallèle entre cette anxiété de performance liée à la complexité sous-jacente de la tâche et ce que nous avons pu recenser dans le propos de nos participants. D'une part, nous avons évoqué à quel point il était important, pour eux, d'arriver à bâtir un lien thérapeutique de

qualité avec leurs clients, ainsi que combien ils cherchent à être appréciés par leurs clients. D'autre part, on a pu remarquer dans leurs propos une importante crainte de faire des erreurs (p. ex. : ne pas oser dire ou faire des interventions qui pourraient engendrer une RA), ainsi que le genre d'implications que cela soulevait pour eux, sur le plan personnel. Nous avons notamment traité, à ce sujet, de la souffrance que cela leur fait souvent vivre, sur le plan affectif, de même que le genre d'enjeux personnels que cela soulève, en lien avec leur estime de soi et/ou l'inquiétude de « perdre » leurs clients. On constate donc que l'anxiété de performance qu'observent Skovholt et Ronnestad (2012, 1993) chez les thérapeutes au stade de l'autonomie conditionnelle se remarque également chez nos participants dans la manière dont ils appréhendent la construction de l'AT et la réparation des RA. Qui plus est, soulignons que pour le trois quart d'entre eux, chez qui on a pu observer un manque de maitrise évident du sujet, on constate le même phénomène remarqué par Skovholt et Ronnestad (2012, 1993), soit une tendance à aborder le sujet de la construction de l'AT, et plus particulièrement celui de la réparation des RA, de manière prudente à outrance, en prenant peu (voire la plupart du temps pas) de risque. Or, comme nous l'avons déjà souligné, il va de soi que cette anxiété peut notamment se traduire par une incapacité à reconnaitre les moments de RA, puisque trop anxiogène. On pourrait alors dire que ceux-ci préfèrent de ne pas voir (consciemment ou non), ou encore ne pas porter attention à divers éléments survenant dans le processus, afin de ne pas éprouver cette anxiété pourtant inévitable et potentiellement bénéfique pour l'issue du processus thérapeutique (Delisle, 2004, 1998; Safran & Muran, 2000a). Nous avons également évoqué le risque de voir l'anxiété conduire le thérapeute novice à se réfugier du côté de la théorie ou d'aspects plus didactiques et négliger, par le fait même, les dimensions relationnelles de la psychothérapie (Drouin 2005, Safran & Muran, 2000a).

Dans un même esprit, on remarque que la question de la complexité de la tâche du travail du psychothérapeute soulevée par Skovholt et Ronnestad (2012, 1993) au

regard des thérapeutes se situant à la phase développementale d'autonomie conditionnelle s'applique également chez nos participants concernant leur manière de construire et de réparer l'AT. Pour mieux comprendre, notons d'abord que ces chercheurs (2012, 1993) constatent que les étudiants au stade des internats intensifs sont confrontés à l'augmentation du degré de complexité de leur tâche, sur le plan clinique. En effet, en comparaison avec les stages initiaux, qui sont davantage orientés sur l'observation et l'évaluation, les internats amènent les étudiants à devoir composer avec des situations cliniques qui nécessitent une réponse qui va au-delà du besoin de support émotif. Cela signifie notamment que ceux-ci doivent maitriser des compétences plus pointues, pour des problèmes plus spécifiques (p. ex. : trouble de personnalité, toxicomanie, attaque de panique, etc.). La confiance des internes s'en trouve ainsi tout particulièrement éprouvée, entre autres du fait de prendre conscience qu'ils ne maitrisent pas le savoir nécessaire pour composer avec un ensemble de tâches tout aussi variables que complexes.

Or, il en va définitivement de même avec nos principaux sujets d'études. D'une part, nous avons amplement détaillé l'ampleur et la complexité de la tâche en lien avec la construction de l'AT et la réparation des RA (Horvath *et al.*, 2011; Muran &Barber, 2011; Safran & Muran, 2011 ; Skovholt & Rønnestad, 2003; Mallinckrodt & Nelson, 1991), surtout pour des thérapeutes novices (Eubanks-Carter *et al.*, 2015; Strasser & Gruber, 2004; Lecomte *et al.*, 2004), ainsi que le genre de défis auxquels cela confrontent nos participants. D'autre part, les réponses de nos participants soutiennent bien que, de manière générale, la construction de l'AT et la réparation des RA sont des sujets complexes qu'ils ne maitrisent pas suffisamment. Cela se remarque non seulement dans leur conception de l'AT, mais encore davantage dans leur façon d'appréhender les RA. On a ainsi pu observer que les participants semblent moins bien au fait, et à l'aise, avec deux des dimensions de l'AT, soit celle des objectifs et celle des rôles/tâches. Il en va de même avec la complexité de la tâche relative aux RA, qui confronte les participants à des défis et des enjeux considérables

au point de les amener, dans la plupart des cas, à éviter d'aborder certains sujets avec leurs clients, de peur d'engendrer des impasses relationnelles.

Plus largement, sur le plan de la littérature, on constate que les diverses difficultés rapportées par nos participants, tout au long de cet essai, au sujet de la construction de l'AT et de la réparation des RA, vont également dans le sens des travaux de Mallinckrodt et Nelson (1991), qui font valoir que la formation du lien thérapeutique représente une tâche complexe, et que le thérapeute novice ne possède sans doute pas encore suffisamment bien la maitrise des techniques nécessaires à la construction d'une alliance de travail solide. Il en est de même pour les travaux de Crits-Christoph et ses collaborateurs (1993), qui supportent également l'hypothèse que les années d'expérience constituent une composante importante dans le développement et le maintien de l'AT. Rajoutons à ce sujet que les recherches de Davenport and Ratliff (2001) font ressortir que les thérapeutes avec moins d'heures de contact-client reçoivent une moins bonne évaluation concernant leurs habiletés à former une AT de qualité que ceux qui avaient complété leur programme d'étude. Soulignons enfin que les résultats des travaux de Hilsenroth et ses collaborateurs (2002) ont mis en évidence que des étudiants qui avaient bénéficié d'une formation plus poussée en matière d'AT ont reçu de meilleures évaluations de la part de leurs clients, sur ce plan, que ceux qui n'avaient pas bénéficié de la formation. On constate donc que les diverses difficultés rapportées par nos participants concernant la construction de l'AT et la réparation des RA se confirment de plusieurs manières dans la littérature.

Parmi les recherches normalisant le genre de difficultés dont nos participants nous ont signifiées, rappelons également celle de Skovholt et Rønnestad (2003) qui proposent que l'acquisition des compétences nécessaires à la construction d'une AT de qualité constitue souvent un défi bien plus complexe que les thérapeutes novices ne l'envisagent initialement. Pour mieux situer le genre de défis évoqués dans cet essai par rapport à nos deux grands objets d'étude, il convient également de rappeler que

les thérapeutes novices doivent composer avec un contexte d'apprentissage d'un travail exigeant, particulièrement sur le plan émotionnel (Jennings & Skovolt, 1999), qui comprend un lot considérable d'obstacles et de défis (Drouin, 2005; Lecomte *et al.*, 2004), et qui nécessite souvent de longues, d'épuisantes et, parfois, de douloureuses années d'expérience, avant de pouvoir maitriser les compétences nécessaires associées à la tâche (Muran &Barber, 2011; Strasser & Gruber, 2004; Skovholt & Ronnestead, 2003).

En somme, toutes ces études font état d'un ensemble de difficultés auxquelles les thérapeutes en formation sont confrontées, particulièrement en matière d'AT et de RA. Or, sur le plan de l'analyse, on constate que les résultats de notre recherche apparaissent aller dans le même sens de ce qui s'est dit précédemment à propos des cliniciens novices. On observe, de même, que les divers constats recensés tout au long de l'essai nous éclairent un peu mieux sur le « comment » et le « pourquoi » des conclusions d'études citées précédemment. À titre d'exemple, l'examen des réponses de nos participants permet non seulement de confirmer la moins bonne maitrise du sujet par des thérapeutes novices, mais aussi de mieux comprendre le genre de difficultés et de défis auxquels ceux-ci sont confrontés, en matière d'apprentissage de l'AT et de RA. Notre analyse permet aussi de mieux situer les raisons pour lesquelles les cliniciens novices éprouvent plus de difficultés que les thérapeutes d'expérience, tant sur le plan de la construction de l'AT que de la réparation des RA, mais aussi de cerner avec plus de précision les besoins de formation de ces thérapeutes à ce sujet.

4.2.5 Comparaison entre les approches théoriques

Même si notre recherche ne visait pas à comparer la vision des participants concernant la construction de l'AT et la réparation des RA en fonction de leur approche théorique respective, rappelons que nous avons tout de même tenu compte

de ce critère au moment de choisir nos participants. Ce faisant, nous voulions respecter la représentativité des approches théoriques reconnues comme étant davantage axées sur la résolution des symptômes, par l'entremise d'outils et d'exercices thérapeutiques (la TCC), avec des approches dites davantage relationnelles (comme les approches psychodynamique et humanistes), où la dimension du processus (tel le transfert et le contretransfert, de même ce qui survient dans l'ici/maintenant, entre le thérapeute et son client) occupe une place centrale dans la psychothérapie (Ionescu, 2002). En ce sens, il nous semblait pertinent de s'attarder sommairement à cette dimension, dans le but d'examiner si certaines différences ont été constatées.

Soulignons néanmoins qu'un tel exercice se limite uniquement à rapporter divers constats observés, en fonction des propos de nos participants et de leur approche théorique respective. Un tel bémol s'explique, entre autres, du fait que pareille comparaison ne constitue pas l'objet de notre recherche. Mais plus important encore, nous avons noté que plusieurs participants avaient soit bénéficié de formation dans plus d'une approche (par exemple en bénéficiant des enseignements d'un superviseur d'une autre courant théorique que le leur, dans le cadre d'un internant) ou encore que certains d'entre eux ont dit ne pas être encore être totalement au fait de leur « allégeance » théorique au regard des grandes approches. Pour toutes ces raisons, il devient ardu de départager ce qui appartient à chacune des approches théoriques et c'est pourquoi nous avons simplement voulu rapporter ici, au passage, divers constats que l'on a pu remarquer sur le sujet.

Parmi ceux-là, notons d'abord que deux des trois participants apparaissant significativement les plus au fait et à l'aise avec la notion de réparation des RA sont d'orientation humaniste. Rajoutons à cela que le troisième répondant apparaissant également au fait et à l'aise avec les impasses relationnelles rapporte avoir constaté un changement personnel de paradigme (de la TCC vers l'humanisme), autant dans

ses manière de comprendre que ses façons de faire, au moment de son dernier internat, puisqu'ayant pu bénéficier des enseignements d'un superviseur d'approche humaniste.

Soulignons dans un même esprit que ceux qui apparaissaient le mieux connaitre la notion de RA étaient des participants ayant pu bénéficier d'enseignement à caractère humaniste, ou encore psychodynamique. À l'opposé, ceux qui semblaient le moins bien connaitre le sujet des RA étaient d'orientation TCC. Sans en tirer de conclusions définitives, sur le plan de l'analyse, on peut tout de même déduire que cela est bien normal, considérant la nature davantage relationnelle des approches humaniste et psychodynamique, par rapport à la TCC (Ionescu, 2002).

On notera toutefois qu'à l'inverse, les participants qui semblaient le plus au fait, et à l'aise, avec les notions d'*entente sur les objectifs* et d'*entente sur les rôles/tâches* étaient plutôt d'orientation TCC, ce qui s'explique possiblement par la nature à la fois plus directive et davantage orientée sur la résolution des problèmes, qui caractérise cette approche (Ionescu, 2002). On a ainsi pu constater que les participants d'orientation cognitivo-comportementale semblent interroger plus explicitement leurs clients quant aux objectifs poursuivis par la psychothérapie et qu'ils ont également l'air davantage préoccupés par l'aspect des tâches. Notons également à ce sujet que ce sont les participants d'orientations TCC qui ont fourni les réponses les plus détaillées et les plus spécifiques, concernant les tâches accomplies, dans le cadre de la psychothérapie (plusieurs d'entre eux notant le recours à des exercices ou des volets psychoéducatifs bien spécifiques). Soulignons enfin que ce sont aussi les tenants de cette approche qui ont principalement parlé de « devoirs » et d'exercices à faire en dehors de la séance de psychothérapie, que certains proposent parfois à leurs clients.

Sur le plan de l'analyse, on pourrait néanmoins interroger le fait d'être ainsi axé davantage sur les tâches ou les objectifs, possiblement au détriment d'une bonne

alliance, plus complète, parce que comprenant de manière mieux répartie les diverses composantes de l'AT, dont celle du lien affectif (Lecomte *et al.*, 2004). L'inverse serait d'ailleurs tout aussi vrai, considérant que les participants d'orientation humaniste et psychodynamique semblaient essentiellement intéressés par la dimension relationnelle de l'AT (le lien affectif et la collaboration), ce qui donne l'impression qu'ils sous-estiment ou ne saisissent pas pleinement l'importance clinique des deux autres composantes de l'AT. Or, on se souviendra que l'entente sur les rôles et l'entente sur les tâches/rôles sont deux volets non moins négligeables de l'AT (Orlinsky *et al.*, 2004; Bordin, 1983), bien que davantage techniques, notamment afin de favoriser l'appropriation de la démarche de la part du client (Goudreau et Côté, 2001) et d'augmenter son niveau d'engagement dans la psychothérapie (Gaston, 1991).

Précisions d'ailleurs en que se sont trois participants d'orientation TCC qui ont rapporté se servir de la notion d'objectifs initiaux et d'atteinte de résultats en tant que renforcement de la motivation du client. Notons, enfin, que ce sont principalement les tenants de cette approche qui ont abordé la question de la motivation et du niveau d'engagement du client dans la psychothérapie, en lien avec la construction de l'AT et la réparation des RA.

4.2.6 Comparaison avec l'étude de Sullivan, Skovholt et Jennings (2005)

Rappelons avant de débuter cette section que le but de notre essai était principalement de donner la parole à des thérapeutes novices afin d'explorer comment ceux-ci se représentent la construction de l'AT et la réparation des RA. En ce sens, notre

recherche ne visait donc pas à faire une comparaison[20] entre des thérapeutes débutants et des thérapeutes d'expérience. Par contre, pour mieux comprendre la nature du thème abordé dans la présente section, il convient de faire un retour sur notre cadre théorique (voir le chapitre I), plus précisément, sur l'origine de l'idée de cet essai doctoral. Notons que c'est en prenant connaissance d'une étude de Sullivan, Skovholt et Jennings (2005) portant sur l'utilisation et la compréhension du lien thérapeutique par des thérapeutes « experts » que la question du « point de départ » des thérapeutes novices, par rapport à la construction de l'AT, a tranquillement pris forme dans notre esprit, dans l'élaboration de ce projet d'essai. Or, sans tomber ici dans une comparaison exhaustive entre les thérapeutes experts de l'étude Sullivan *et al.* (2005) et les thérapeutes novices ayant participé à notre étude (puisque ce n'est pas le but de notre étude), il nous apparait tout de même pertinent de mettre globalement en tension les résultats de leur recherche et les constats qui sont ressortis dans notre essai.

Dans ce but, intéressons nous d'abord à l'étude de Sullivan, Skovholt et Jennings (2005). Rappelons, essentiellement les modalités de leur étude. À partir d'entrevues qualitatives menées par Jennings & Skovholt en 1999 (voire *The Cognitive, Emotional, and Relational Characteristics of Master Therapists*) afin de repérer les traits communs de 10 thérapeutes identifiés par leurs pairs comme étant des experts (*master therapists*), ces chercheurs ont examiné la manière dont des thérapeutes experts se représentent et utilisent le lien thérapeutique. Sur le plan des résultats, ces

---

[20] Notons que nous nous retrouverons tout de même à faire cette comparaison, par ricochet, lorsque nous nous attarderons aux besoins de formation des thérapeutes novices, dans la mesure où cette section visera à établir les éléments de connaissance qui semblent insuffisants, tant en ce qui concerne le savoir « théorique », que le « savoir-faire » ou « être », afin que les participants puissent être en mesure de mieux maitriser la construction de l'AT et la réparation des RA. L'identification de leurs écueils se fera en tension avec la perspective théorique que l'on retrouve dans littérature scientifique à ce sujet, qui est construite à partir de la position de thérapeutes d'expérience. En ce sens, nous retrouverons ainsi une comparaison entre la position de nos répondants (des thérapeutes novices), et la perspective de thérapeutes « experts ».

travaux ont permis de faire une modélisation de deux types de « posture relationnelle » (*relationship stances*) généralement adoptés par les thérapeutes d'expérience, en matière de construction du lien thérapeutique.

D'un côté, il y aurait les thérapeutes qui ont tendance à construire un lien thérapeutique fondé sur un style de relation dite « sécurisante » (*safe relationship*). Selon cette optique, le thérapeute viserait principalement à instaurer une base sécuritaire pour ses clients, en faisant preuve d'attitudes telles que la *sensibilité*, le *soutien*, le *respect* et la *chaleur humaine*. Les besoins du client seraient l'autre dimension centrale, ce qui inciterait le thérapeute à mettre l'accent sur l'autodétermination. Une telle posture relationnelle recherche donc l'instauration d'un climat de sécurité mais l'évitement de la prise en charge, et c'est pourquoi le client est encouragé à déterminer lui-même le rythme et l'agenda des séances de thérapie. Précisions que sur le plan théorique, Sullivan, Skovholt et Jennings (2005) comparent ce genre de posture relationnelle « englobante » à l'approche centrée sur la personne de Rogers (principalement orientée sur l'ajustement aux besoins et à la façon d'être du client), et plus spécifiquement aux conditions « nécessaires » et « suffisantes » évoquées par ce théoricien, qui sont l'*empathie*, la *chaleur humaine*, l'*authenticité*, la *congruence* et l'*acceptation inconditionnelle* (ou *regard positif inconditionnel*, qui se veut bienveillant et non-évaluateur), en vue de fournir les ingrédients essentiels pour le changement thérapeutique (Rogers, 1992, 1957).

De l'autre côté, il y aurait les thérapeutes qui adoptent une position relationnelle considérée comme étant davantage « confrontante » (*challenging relationship*), le thérapeute étant plutôt centré sur des notions telles que l'*engagement*, l'*effort* et la *persévérance*, dans le travail clinique. À partir d'une telle posture relationnelle, le thérapeute aurait alors tendance à mettre le client au défi, en sollicitant constamment la mise à l'épreuve de ses habiletés, de ses ressources et de son énergie. On constate que ce genre de thérapeute est plus actif et directif, et qu'il a davantage tendance à

évaluer, guider, enseigner et fournir son opinion. Ce dernier a également tendance à être davantage orienté sur les tâches et la recherche de solutions.

Or, sur le plan des comparaisons, on constate une grande similitude entre les deux postions relationnelles établies par Sullivan, Skovholt et Jennings et notre propre conceptualisation des styles relationnels permettant de décrire les genre de thérapeute dans lesquelles on pourrait regrouper nos participants, en matière de construction de l'AT et de réparation des RA. En effet, on remarque que si ces chercheurs parlent de deux pôles de style relationnel dit « sécurisant » (*safe relationship*) et « confrontant » (*challenging relationship*), de notre côté, nous avons également perçu deux types de postures relationnelles, soit celle de « la bonne maman » et celle du bon « papa ».

Lorsqu'on s'y attarde plus spécifiquement, on observe un degré de ressemblance si considérable que, dans l'ensemble, il est facile d'établir des parallèles. Pour mieux comprendre, examinons d'abord les rapprochement significatifs entre le style de posture relationnelle de Sullivan, Skovholt et Jennings (2005) dite « sécurisante » (*safe relationship*) et celle que l'on a identifiée, à partir des propos de huit de nos participants, comme étant un style de thérapeute que l'on désignerait comme étant la « bonne maman ». Sur le plan des comparaisons, on remarque les mêmes termes qui sont revenus dans les deux styles respectifs (« sécurisant » et « bonne maman »), soit la *sensibilité*, le *soutien*, le *respect* et la *chaleur humaine*, les *besoins* du client, la *collaboration* et sur l'*autodétermination*, la *bienveillance*, etc. Pour ce qui est de notre recherche, on observe d'ailleurs que tous ces ingrédients ont été identifiés, soit dans nos cinq « conditions gagnantes », soit dans les attitudes sous-jacentes auxquelles les répondants ont rapporté avoir recours en matière de construction de l'AT. Rajoutons à ce sujet que nous avons retenu le terme de la « bonne maman » puisque la description que nous faisaient ces huit participants évoquait à notre sens la figure parentale qui *englobe*, qui *prend soin*, qui *supporte*, qui *accepte inconditionnellement* et qui *priorise l'harmonie* (Bouvet, 2006). Sur le plan de

l'analyse, on retient le même genre de climat thérapeutique que visent ces deux typologies respectives (la *relation sécurisante* versus la *bonne maman*), soit celui d'un *cocon enveloppant* dans lequel le client peut se déployer en toute confiance et en toute sécurité, à son rythme et comme bon lui semble.

Notons que le second style de posture relationnelle que Sullivan, Skovholt et Jennings (« confrontant ») nous apparait d'ailleurs tout aussi analogue à notre autre grand pôle relationnel (le « bon papa »). En effet, ces chercheurs résument la posture relationnelle dite « confontante » en termes d'*engagement*, d'*effort* et de *persévérance* et de *mise au défi* des habiletés et des ressources du client. Il est aussi question de tâches, d'action, de directivité et de recherche de solutions. De notre côté, nous abordons le style relationnel du « bon papa » comme étant la figure parentale plus « exigeante », soit celui qui est davantage centré sur la *mise en action* et les *résultats*, celui qui n'a pas peur de *mettre à l'épreuve*, de *confronter*, quitte à devoir « subir » les frustrations du client. Sur le plan de l'analyse, on constate ainsi un climat thérapeutique fort semblable entre ces deux descriptions, l'esprit clinique étant de ne pas craindre de mettre au défi et de constamment « tester » les capacités de leurs clients.

Plus largement, au plan de l'analyse, on constate que le pôle relationnel dans lequel se regroupent les participants peut être associé à un type de RA en particulier. En effet, de manière générale, on remarque que ce sont essentiellement les répondants (8) ayant signifié un inconfort avec les ruptures de type « confrontation » qui décrivent une posture relationnelle relevant de la « bonne maman », qui s'inscrit dans une logique de prendre soin. Ceux-ci parlent alors de l'importance que leurs clients se sentent « en sécurité », « confortable » « en confiance » et « respecté ». On notera également, dans leurs divers propos, des observations telles que « j'aime prendre le rôle de l'hôte, qui reçoit et qui rend à l'aise », « mes clients demeurent toujours un petit peu mes petits », « j'accorde un grand souci au prendre soin », « je chercher à

ce que le client se sente enveloppé et en sécurité », « j'ai tendance à être maternante », « je suis beaucoup dans la réassurance », « j'aime offrir une présence sécurisante et protectrice », « je suis quelqu'un sur qui ils peuvent s'accoter », etc.

À l'inverse, on constate que les participants (4) ayant fait part de leur malaise avec les ruptures de type « conformité/retrait » décrivent des façons de faire et d'être qui les classerait davantage dans la posture relationnelle du « bon papa ». Essentiellement, ceux-là rapportent des paroles telles que « s'assurer que client ne soit pas trop confortable », « ne pas avoir peur de déstabiliser le client », de « savoir aussi se montrer assez exigeant pour amener la personne à se dépasser » ou encore « à adopter des attitudes qui font réagir le client, pour le confronter à ses mécanismes ». Rappelons que ceux-ci se décrivent également comme étant « porté sur l'action », « de nature plus directive », « aimer quand ça bouge et qu'il y a des résultats », « vouloir susciter des réactions », « chercher à sortir le client en dehors de sa zone de confort », ou encore « savoir toucher les boutons sensibles pour que les clients se remettent en combat avec eux-mêmes, pour favoriser le changement ».

Précisons toutefois que deux des participants que l'on situe davantage du côté du « bon papa » s'explique du fait que, malgré l'évocation de l'importance accordé à l'autodétermination et au respect du rythme du client (deux ingrédients que l'on retrouve du côté de pôle de la « bonne maman »), on ne perçoit pas, dans leur discours, la fibre « enveloppante » et « sécurisante » qui caractérise cette posture relationnelle. À l'opposé, malgré que ceux-ci ne parlent pas tant de mise au défi ou de confrontation, on sent que ces derniers optent pour une posture plus froide et distante. Par souci de précision, on pourrait alors être tenté d'ajouter une troisième posture relationnelle, qui évoquerait davantage la « neutralité ». Selon cette optique, le thérapeute éviterait de verser dans l'un ou l'autre des deux pôles (sécurisant ou confrontant), ce qui le conduirait à opter pour un style relationnel plus « éloigné », sur le plan de l'intimité.

Sur le plan de l'analyse, il importe néanmoins de spécifier qu'une telle typologie permet avant tout de se faire une image d'ensemble des diverses postures relationnelles que les participants ont tendance à adopter, en tant que psychothérapeute novice. Dans les faits, on se doute bien que la façon de faire de ceux-ci n'est pas si nette, précise et facile à « classer », en fonction d'un style plutôt que de l'autre. À titre d'exemple, un participant faisant part de l'importance qu'il accorde au fait de laisser au client la responsabilité de déterminer la direction de la thérapie (ce qui le classerait davantage dans le pôle relationnel « sécurisant » de la « bonne maman ») a également rappelé l'importance de se montrer suffisamment exigeant avec le client pour solliciter le changement (ce qui prendrait davantage place dans la posture plus « confrontante » du « bon papa »). Il en va de même d'un autre répondant qui a fait mention de sa tendance à opter pour le rôle de l'expert qui guide et enseigne (posture « confrontante » du « bon papa »), mais qui rapporte, en même temps, apprendre graduellement à être davantage dans le côté émotif et empathique de la relation (ce qui le classerait davantage dans la posture « sécurisante » de la « bonne maman »). Il en va également de même pour ce participant notant accorder beaucoup d'importance à la motivation (pôle plus « confrontant » du « bon papa ») mais qui se décrit, en même temps, comme étant « maternante » et « pas ben ben confrontante ».

On constate ainsi que les diverses manières de faire et d'être des participants ne sont pas tranchées au couteau et donc pas toujours aisément différenciables, d'un pôle relationnel à une autre. Rajoutons en ce sens que la posture relationnelle de certains répondants apparait manifestement en pleine mouvance, selon ce qu'ils laissent entendre, ce qui apparait tout à fait normal, considérant le peu d'expérience de ceux-ci. Sur le plan de l'analyse, on peut présumer que ces participants en sont toujours au stade « exploratoire », que leur identité professionnelle est en pleine construction, et que seule une expérience accrue leur permettra de clarifier plus définitivement leur « style » relationnel. À titre d'exemple, mentionnons le cas d'un participant notant

une tendance à la directivité et la recherche de résultats mais qui rapporte, en même temps, se familiariser graduellement avec le « *caring* ». On pourrait aussi citer en exemple ce participant se décrivant comme « maternante » mais qui note, parallèlement, la pertinence d'apprendre à être plus « exigeante » avec ses clients.

Terminons cette section en spécifiant que, malgré ce mélange de composantes des divers types de posture relationnelle que l'on retourne dans le discours de certains participants, l'analyse de leur propos permet tout de même d'identifier un penchant vers un des grands pôles relationnels identifiés précédemment. Dans une vision plus globale, la comparaison entre les conclusions de Sullivan, Skovholt et Jennings (2005) et celles auxquelles nous sommes parvenu concernant la question des styles relationnels permet effectivement d'observer que les participants, bien qu'en formation, possèdent déjà, tout de même, un style relationnel (ou du moins une tendance vers...) se comparant aux grandes catégories de postures relationnelles identifiées par ses chercheurs, chez les thérapeutes d'expérience. Au plan des différences, on remarque néanmoins que les thérapeutes novices doivent composer avec une série d'écueils et de difficultés (dont nous avons amplement fait état tout au long de cette essai) qui sont souvent liés à un manque d'expérience et un manque de maitrise du sujet de leur part, par rapport à des thérapeutes d'expérience (Eubanks-Carter *et al.*, 2015; Lecomte *et al.*, 2004, Strasser & Gruber, 2004; Skovholt & Ronnestead, 2003).

4.2.7 Quelques recommandations pour la formation des thérapeutes novices

La grande majorité des participants ont été on été catégoriques lorsqu'interrogés aux sujets de leur apprentissage universitaire en psychologie : ils n'ont pas reçu suffisamment de formation au sujet de la construction de l'AT, et plus particulièrement de la réparation des RA. En effet, tel que nous avons pu le constater

lorsqu'il était question de l'exploration de leurs divers besoins de formation académique, la presque totalité des répondants ont déploré le fait de ne pas avoir bénéficié d'assez de formation sur le sujet, qu'il soit question de savoir « théorique », ou de savoir « faire » et « être ».

Sur le plan de l'analyse, cela est bien compréhensible, considérant les divers constats que nous avons inventoriés tout au long de cet essai. À la lumière des diverses lacunes et du manque de maitrise du sujet identifiés dans le propos des participants, il nous apparait ainsi pertinent de formuler quelques recommandations concernant la formation des thérapeutes novices, eu égard à la construction de l'AT et la réparation des RA.

1) Tout d'abord, étant donné le manque de maitrise de plusieurs participants (particulièrement en ce qui concerne les volets plus techniques de l'AT, ainsi que les RA en général), il va sans dire qu'une recommandation centrale serait d'offrir une formation académique plus poussée relativement à la construction de l'AT et la réparation des RA. Cette formation devrait notamment permettre aux étudiants de mieux maitriser les contenus théoriques se rapportant à l'AT (en quoi elle consiste, quelles sont ses composantes, etc.) et aux RA (sa définition, les types de RA, les marqueurs pour les identifier, etc.), de même que l'importance que ces deux dimensions possèdent, dans l'ensemble du processus thérapeutique.

Le défi serait alors ici de fournir l'occasion aux thérapeutes en formation d'approfondir suffisamment leurs connaissances afin que ces derniers soient en mesure de bien identifier les divers tenants et aboutissants se rattachant à l'AT et aux RA, sur le plan clinique. À titre d'exemple, plusieurs participants semblaient avoir le réflexe d'associer la RA au fait d'aborder un thème délicat avec un client alors que dans les faits, les RA peuvent être provoquées par des contextes et situations beaucoup plus subtils et nuancés, considérant la grande complexité et les diverses

implications clinique sous-jacentes à la relation transférentielle (Masquelier-Savatier, 2008). Pour mieux comprendre, pensons ici au client qui se retrouve en RA parce qu'il espérait (plus ou moins consciemment) que son thérapeute le félicite pour un de ses bons coups qu'il rapporte lors d'une séance, ou encore au client dont le schéma relationnel d'être « sans importance » s'active lorsqu'il croise le client précédent de son thérapeute en arrivant pour sa propre séance de psychothérapie.

Il va de soi que cette formation plus poussée devrait également fournir aux étudiants l'occasion d'élargir leur bagage de connaissances relatif à la construction de l'AT et la réparation des RA, tant sur le plan du savoir « faire » et du savoir « être ». En effet, comme nous avons pu le constater tout au long de cet essai, la plupart des participants manquent de maitrise de ces deux thèmes, ce qui se traduit souvent par le fait qu'ils ne savent pas « comment faire » ou la « manière de s'y prendre », sur le plan clinique, pour composer efficacement avec ceux deux dimensions. Cela nous semble d'autant plus significatif, considérant le manque d'expérience et la complexité relative de l'AT et des RA (Muran &Barber, 2011; Lecomte *et al.*, 2004; Skovholt & Rønnestad, 2003). Plus concrètement, cette formation orientée sur le savoir « faire » et « être » aurait pour but de permettre aux étudiants d'apprendre à aborder l'AT et les RA de manière ouverte et non défensive (Eubanks-Carter *et al.*, 2015; Safran & Muran, 2011, 2000; Castonguay, Goldfried *et al.*, 1996), selon un comportement adapté à la dynamique du client (Castonguay *et al.*, 2000). Une telle formation viserait également à ce que les étudiants puissent être en mesure de reconnaitre leur propre contribution dans les impasses relationnelles, en focalisant sur le moment présent de la relation (Safran *et al.*, 2015; Safran & Muran, 2011, 2000). Bref, le défi serait ici de transmettre aux thérapeutes novices les diverses manières de s'y prendre pour construire une AT de qualité, de même que les habiletés nécessaires afin de savoir composer efficacement avec les RA.

2) Une seconde recommandation centrale serait sans doute de permettre aux étudiants, tel que la plupart des participants l'ont eux-mêmes identifié, d'avoir l'opportunité de se pratiquer davantage, en vivant des expériences plus « concrètes » et « tangibles » de la construction de l'AT et de la réparation des RA. En ce qui a trait aux changements qui pourraient être apportés dans le programme de formation, rappelons qu'un grand nombre de répondants ont d'ailleurs mentionné qu'ils auraient apprécié pouvoir bénéficier d'espace réservés à cet effet, notamment dans le cadre de *jeux de rôle* et/ou de séances d'analyse du matériel vidéo utilisé lors des rencontres avec leurs clients, durant les stages et les internats. Selon eux, ce genre d'exercices aurait non seulement pour but de leur permettre d'approfondir théoriquement les sujets de la construction de l'AT, ainsi que de la réparation des RA, mais aussi, et surtout, d'en faire davantage l'expérience et de pouvoir se pratiquer, tant sur le plan du « savoir-être » que du « savoir-faire ». Précisons, en outre, à ce sujet que si le mot clé est ici de permettre aux étudiants de se « pratiquer », encore et encore, il importe de rappeler que plusieurs participants ont fait part de leur préoccupation de pouvoir le faire en dehors du cadre académique de « notation », ce qui nous semble tout à fait pertinent, à ce stade-ci de leur parcours, compte tenu des possibles conséquences y étant associées (par exemple, l'étudiant peut alors être porté à se préoccuper davantage de ses résultats que de l'acquisition de nouvelles connaissances). Un contexte d'apprentissage de la construction de l'AT et de la réparation des RA excluant l'évaluation sommative serait sans doute plus profitable, si l'on tient compte de la complexité de la tâche (Muran &Barber, 2011; Lecomte *et al.*, 2004; Skovholt & Rønnestad, 2003), de même que du risque de blessures narcissiques guettant les étudiants en formation lorsque l'apprentissage ne prend pas place dans un environnement sécurisant, à l'abri de rivalités théoriques et personnelles (Drouin, 2005). On pourrait également rajouter dans la liste des éléments favorisant un contexte d'apprentissage propice le fait que l'enseignement suscite la réflexion du sujet et qu'il soit adapté au niveau de connaissance des participants, tant sur le plan du savoir « théorique », que du savoir « faire » et « être » (Ronnestad & Skovholt,

2013). Terminons enfin sur ce sujet en suggérant que les étudiants aient également l'opportunité d'observer des thérapeutes « en action », c'est-dire qu'ils puissent avoir accès à des vidéos démontrant la manière dont s'y prennent des thérapeutes d'expérience en matière de construction de l'AT et de réparation des RA. Cela nous semble d'autant plus important que l'apprentissage par « modeling » représente une excellente méthode d'enseignement pour les thérapeutes au stade de l'autonomie conditionnelle (Ronnestad & Skovholt, 1993).

3) La troisième recommandation se rapporterait à un des constats centraux de notre recherche, soit celui de la crainte partagée par la majorité des participants d'aborder certains sujets pouvant conduire à des RA (p. ex. : faire un retour sur les objectifs, discuter du processus, partager certaines observations cliniques concernant la dynamique personnelle du client, etc.). Sur le plan de la formation, il importerait alors qu'on permette aux étudiants de mieux saisir la valeur et les implications cliniques des deux grands consensus auxquels nous sommes constamment revenus tout au long de cet essai, au sujet des RA, à savoir que : 1) les moments négatifs et les RA sont des éléments *non seulement inévitables*, en thérapie, 2) les RA peuvent *être utilisées comme un levier thérapeutique*, lorsque le thérapeute est capable de composer émotionnellement avec ce genre de situations et de réparer les RA (Doran *et al.*, 2017; Safran *et al.*, 2015; Safran & Muran, 2011, 2006, 2000a, 1996; Binder & Strupp, 1997; Horvath 1995; Bordin, 1994; Henry & Strupp, 1994). Le concept clé ici serait ainsi de viser à défaire ce pairage négatif que plusieurs thérapeutes novices semblent établir entre RA et conséquences négatives (abandons de la thérapie, thérapeute inadéquat, etc.) et le remplacer par une association positive (p. ex. : les RA permettent de mieux comprendre la dynamique intra psychique et relationnelle du client, de pouvoir aider ce dernier à atteindre plus efficacement ses objectifs, de renforcer le lien thérapeutique, etc.). Autrement dit, il importerait que les étudiants comprennent la RA comme faisant intrinsèquement partie du processus, et qu'ils puissent prendre pleinement conscience de l'important potentiel clinique de la RA et

de sa négociation, entre autres parce que celle-ci constitue une expérience relationnelle nouvelle et correctrice pour le client, puisque se voulant une réponse que le client n'a pas reçue durant son enfance et qui aurait été nécessaire à son développement (Delisle, 1998). Le but serait ainsi de permettre aux étudiants de bien saisir *pourquoi* les moments négatifs et les RA sont des éléments inévitables en thérapie (notamment parce que prenant part aux schèmes relationnels propres au client qui rejoue dans la relation thérapeutique ses enjeux développementaux inachevés) et *comment* ils peuvent se servir des impasses relationnelles comme d'un levier thérapeutique (en étant, entre autres, en mesure de réguler leur expérience affective pour demeurer disponible à la situation émergente dans la relation) (Doran *et al.*, 2017; Safran *et al.*, 2015; Safran & Muran, 2011, 2000a, 1996, Delisle, 1998).

4) Dans un même sens, une quatrième recommandation aurait trait à la difficulté dont plusieurs participants ont fait mention autour du rôle du « mauvais objet » (Gabbard, 2010). En effet, tel que nous l'avons fait ressortir, il semble que plusieurs participants ne saisissent pas pleinement pas la signification clinique de la relation transférentielle, en même temps que l'importance clinique sous-jacente d'accepter de parfois devoir prendre le rôle du « mauvais objet » (par exemple en appliquant une règle du cadre thérapeutique, ou encore en refusant une demande du client). Drouin (2005) évoque dans ces cas l'importance de la solidité, c'est-à-dire que les thérapeutes doivent être capables de mettre des limites raisonnables à leurs clients et s'y tenir, ce qui les conduisent notamment à devoir être en mesure de préciser clairement le rôle de chacun dans la thérapie, de même que la nature de la relation thérapeutique. Cela implique également le fait de devoir parfois prendre des décisions impopulaires, bien que guidée par le mieux-être du client. Dans un même optique, Drouin (2005, p. 64) cite le risque d'être trop accommodant avec les clients, ce qui conduit parfois le thérapeute débutant à « proposer un cadre trop souple et facilement contournable [...] ce qui peut nuire grandement à la qualité du travail thérapeutique [...] le client prenant le contrôle du processus thérapeutique, au

détriment d'intervention possiblement plus complexes contribuant au travail thérapeutique ». Plus spécifiquement, sur le plan clinique, nous avons déjà établi que si le thérapeute n'accepte pas, du moins pour un temps, de « faire partie du problème », il ne laisse pas au client l'occasion de « reproduire » ses impasses relationnelles (Delisle, 1998), ce qui l'empêche à la fois de rejouer les scènes traumatiques de son enfance, mais aussi de pouvoir vivre une expérience relationnelle nouvelle et correctrice, par l'entremise de la relation thérapeutique (Elliot, 2004). Dans cette optique, il importe donc que les thérapeutes novices se familiarisent avec les « risques » de trop chercher à préserver la qualité du lien, en même temps qu'ils aient la chance d'apprivoiser le fait de laisser les clients reproduire les enjeux qui mènent à des RA. Cela implique que les étudiants soient bien au fait que l'expérience correctrice provient d'une issue différente de cette RA plutôt que d'une réponse semblable à celle qui a causé le traumatisme émotionnel (Delisle, 1998) et qu'ils puissent en connaître davantage sur les fondements théoriques de la relation transférentielle et son fonctionnement, sur le plan clinique. Selon ce qui est ressorti des propos de nos participants, il semble que les thérapeutes novices auraient effectivement avantage à savoir que les projections du client (attentes, déceptions, amours vécus avec les personnes significatives de l'enfance) sur le thérapeute sont essentiellement un déplacement de l'investissement affectif sur les objets primaires (lire les figures parentales et/ou significatives de l'enfance) et que la dissymétrie de la relation thérapeutique permet à ces sentiments de se ravivés dans le présent et de pouvoir ainsi être à la fois conscientisés, traités et transformés (Masquelier-Savatier, 2008).

Considérant que les propos de nos participants laissent entendre, du moins de manière implicite, que ceux-ci considèrent que le lien affectif est essentiellement composé de dimensions positives, il convient sans doute de rajouter ici, en termes de recommandations, de permettre aux étudiants de mieux saisir la nature et les implications cliniques du lien affectif. En effet, il serait pertinent que les thérapeutes

novices aient l'opportunité de réfléchir aux subtilités et à la signification que prend cette dimension dans l'AT, sur le plan de la psychothérapie (phénomène du transfert et contretransfert, style d'attachement, enjeux relationnels, etc.). Or, cela impliquerait nécessairement l'opportunité de se familiariser et d'apprendre à tolérer les dimensions plus difficiles (voire négatives) du lien affectif, comme par exemple la constance malgré les fluctuations du lien, ou encore d'éviter de réagir en fonction de la dynamique transférentielle du client (Ionescu, 2002).

5) Dans un même élan, une cinquième recommandation permettant une formation davantage étayée concernant la construction de l'AT et la réparation des RA devrait idéalement s'attarder à défaire l'association que plusieurs participants semblent faire, soit que RA = « erreur » de leur part. En effet, ceux-ci auraient d'abord intérêt à bien comprendre qu'ils peuvent avoir une responsabilité dans la RA, en tant que thérapeute, sans pour autant qu'il s'agisse d'une « faute » de leur part. Pensons à titre d'exemple au thérapeute qui ne fournit pas son opinion au client de profil dépendant qui désire que son thérapeute lui conseille quoi décider face à tel ou tel dilemme. Ce thérapeute peut se montrer empathique et désolé pour son client (du fait de ne pas répondre à sa demande), mais la frustration et/ou la déception que cela peut entrainer chez ce dernier ne signifient évidemment pas que le thérapeute ait commis une erreur clinique pour autant. Il semble donc que plusieurs thérapeutes novices associent les RA à une erreur qu'ils auraient commise, alors que ce pairage devrait plutôt être d'associer les RA à l'identification du rôle que ceux-ci prennent dans la RA, en fonction du mode relationnel transférentiel du client. Nous avons d'ailleurs déjà détaillé le danger de biaiser la relation lorsque le thérapeute n'assume pas le fait de devoir parfois occuper le rôle du « mauvais objet ». Concrètement, nous avons observé que cela conduit plusieurs des participants à éviter divers sujets qui permettraient pourtant de mettre à jour les impasses de contact bloquant la possibilité de redémarrer le chantier développemental (Castonguay et Hill, 2012; Delisle, 1998),

et ainsi de traiter, sur le plan clinique, les « véritables » enjeux intrapsychiques posant « problème » dans l'organisation de la personnalité du client (Khan, 1996).

Sur le plan théorique, il serait alors important que les thérapeutes novices défassent cette association négative voulant que RA signifie une « erreur » de leur part, mais qu'ils soient plutôt préoccupés par l'identification du rôle qu'ils jouent dans l'impasse relationnelle (Safran & Kraus, 2014; Lecomte et *al.*, 2004). Ce faisant, ils seraient beaucoup plus à même de permettre à leurs clients de faire de nouvelles expériences avec un soi-objet thérapeute qui facilite le développement d'une organisation alternative dans leur l'expérience affective (Trop, 1994), et ainsi de pouvoir corriger leurs déficits développementaux (Khan, 1996).

Dans un même élan, il importerait de bien expliquer aux thérapeutes en formation que dans le cas des RA, il convient davantage de parler de *désaccordage affectif* entre le thérapeute et son client, que d'une faute de leur part à proprement parler (Delisle, 1998). L'apprentissage de la négociation des RA serait d'ailleurs d'autant facilité si ceux-ci saisissent bien que l'AT est un processus dynamique impliquant les deux partenaires (Safran & Kraus, 2014; Tessier, 2004), et qu'ils puissent apprendre à mieux cerner la manière dont s'articule leur rôle, en tant que thérapeute, de maintenir cet accordage affectif (voire de le favoriser et d'y être attentif) avec leurs clients (Eubanks-Carter *et al.*, 2015; Lecomte et Richard, 2003).

6) Une sixième recommandation irait dans le sens de permettre aux étudiants de mieux saisir le sens et la portée clinique de la relation entre le thérapeute et son patient, dans l'ensemble du processus thérapeutique que constitue la psychothérapie. Pour mieux comprendre cette proposition, rappelons que bien que la plupart des participants sont à l'aise avec la construction du lien affectif, la plupart d'entre eux ne semblent pas pleinement saisir la *signification clinique* de la relation thérapeutique (soit la relation transférentielle, herméneutique et réelle) (Delisle, 1998). Rajoutons à

cela que plusieurs répondants ont eu davantage tendance à s'attarder aux composantes plus techniques de l'AT (voire les objectifs et les rôles/tâches), qu'à des aspects relationnels non spécifiques (le lien affectif), lorsque venaient le temps de fournir des exemples de RA vécues avec leur clients. Cela est toutefois aisément compréhensible, entre autres considérant la complexité et les subtilités de compréhension (Baillargeon *et al.*, 2005), ainsi que l'expérience clinique que l'apprentissage des aspects relationnels suggère (Horvat & Greeenberg, 1994; Lubosky *et al.*, 1983). On saisit que le peu d'expérience dont les participants font preuve explique également que ceux-ci se retrouvent plus facilement dans des aspects cliniques plus techniques (les objectifs et les rôles/tâches), que des aspects relationnels non spécifiques (le lien affectif) (Caillard et Chastang, 2010). Rajoutons à cela que les programmes de formation accordent souvent la priorité aux facteurs techniques et théoriques, au détriment de composantes aussi centrales que le « savoir être » et les habiletés relationnelles (Lecomte *et al.*, 2004). Or, bien qu'il serait commode de penser que la compétence professionnelle du thérapeute se résume à la maîtrise de connaissances et de techniques, il n'en demeure pas moins que, tel que le posent Lecomte et ses collaborateurs (2004, p. 77) : « tôt ou tard, tout psychothérapeute, quelle que soit son approche, sera confronté à des impasses thérapeutiques qui l'amèneront à s'interroger sur sa contribution personnelle, en particulier dans la relation thérapeutique ».

C'est pourquoi la formation devrait davantage mettre l'accent sur les composantes relationnelles de la psychothérapie, autant en ce qui concerne le « savoir-faire » et « être » que les habiletés et les compétences relationnelles nécessaires. De fait, plusieurs constats recensés dans cet essai apparaissent largement plaider en cette faveur, qu'on pense aux divers écueils soulevés par les participants, qu'il soit question de leur difficulté à aborder certains sujets ou encore de composer avec diverses émotions ou réactions de leurs clients. Bien sûr, nous ne suggérons pas ici que la qualité des techniques ou des interventions utilisées pour tout ce qui touche à l'AT et aux RA doive être négligé, ce qui serait certes fort réducteur (Orlinsky *et al.*,

2004; Bordin, 1983). Nous rappelons simplement que ces aspects ne doivent pas être perçus comme une panacée, ou encore comme l'outil principal du changement thérapeutique (Goldfreid, 1987), puisqu'ils possèdent moins d'influence que le facteur relationnel (Lambert & Ogles, 2004). Tel que nous l'avons déjà d'ailleurs évoqué à ce sujet, l'AT requiert d'être d'abord forgée (ce qui nécessite, entre autres, un accord mutuel au regard des objectifs et des stratégies qui seront déployées dans le cadre de la thérapie) et qu'ensuite seulement, des interventions à caractère proprement thérapeutique peuvent être implantées (Teyber & Teyber, 2014; Horvath & Bedi, 2002). Rajoutons que le même principe est tout aussi vrai en matière de RA (Doran & Safran, 2016; Safran & Muran, 2011, 2006, 2000a, 1996). C'est pourquoi nous faisons valoir que les étudiants en formation auraient d'abord intérêt à apprendre à « bâtir » une relation thérapeutique avec leurs clients, et bien saisir sa nature et sa portée clinique (voire la relation transférentielle, herméneutique et réelle), avant de penser aux moyens et aux techniques auxquels ils auront recours afin d'atteindre les objectifs. Drouin (2005, p. 64) évoque d'ailleurs fort bien ce principe en notant ce qui suit au sujet du risque qui guette les thérapeutes novices d'enseigner plutôt que d'être en relation :

> Certains thérapeutes, éprouvant un niveau élevé d'anxiété, peuvent être portés à faire des commentaires didactiques au client [...] plutôt que de tentent d'entrer en relation avec lui, on lui explique le processus thérapeutique, ses symptômes, la raison de ses affects intenses [...] Ceci donne parfois au thérapeute l'illusion de faire quelque chose de concret pour le client. Par contre, plus l'enseignement prendra de la place, moins il y en aura pour la thérapie [...] La thérapie est d'abord et avant tout une expérience correctrice relationnelle et non un cours de psychologie 101.

Le défi pour les thérapeutes en formation semble donc ici d'apprendre à éviter de trop accorder d'attention à la théorie, aux techniques, aux objectifs et la quête de résultats, puisque cela peut les conduire à négliger l'importance de la relation thérapeutique (Muran &Barber, 2011; Lecomte *et al.*, 2004). Sur le plan didactique, il s'agit plutôt de les aider à trouver le juste équilibre entre les dimensions techniques de l'AT

(objectifs, rôles et tâches) et la dimension relationnelle (Pinsof, 1995). Cela signifie également de leur permettre de bien comprendre la centralité du processus (voire la nature de la relation entre le thérapeute et son client) (Yalom, 2005), et comment celle-ci permet une rééducation affective et une expérience d'harmonisation réparatrice pour le client (Goleman, 1995).

7) Notre septième recommandation constitue l'autre face d'une même médaille évoquée dans le point précédent, soit le danger de s'intéresser uniquement au *lien affectif* et de négliger, ce faisant, les deux autres volets de l'AT, c'est-à-dire l'*entente sur les objectifs* et l'*entente sur les rôles/tâches*. Or, comme nous avons pu le découvrir dans cet essai, plusieurs participants semblaient moins au fait, et par le fait même moins préoccupés par ces deux dimensions de l'AT, particulièrement lorsqu'il est question de faire un retour sur les objectifs. Sur le plan de la formation, il nous semble dès lors important de souligner que si de nombreux répondants ont l'air de prioriser la dimension relationnelle (le lien affectif), il importe que les étudiants saisissent bien l'importance et la portée clinique de ces deux autres dimensions tout aussi centrales, mais plus « techniques » de l'AT, que constituent l'entente sur les objectifs et l'entente sur les rôles/tâches (Bordin, 1979). Rappelons d'ailleurs à ce sujet que ces trois composantes s'entremêlent et s'inter-influencent continuellement, tout au long du processus thérapeutique, pour former la qualité de l'alliance thérapeutique et qu'en ce sens, aucune des trois dimensions ne doit être négligée (Bordin, 1994). De fait, en sollicitant activement le point de vue du client (tant au sujet des objectifs que des tâches ou des rôles), le thérapeute favorise l'appropriation de la démarche par son client (puisque ce dernier peut alors adapter les suggestions à sa propre situation), ainsi que son degré de collaboration (Goudreau et Côté, 2001). Cela permet, en même temps, d'augmenter le niveau d'engagement du client dans la psychothérapie (étant donné que ce dernier se sent sollicité, il devient plus actif), tout en renforçant le lien qui l'unit à son thérapeute (Goudreau et Côté, 2001). Or, cet heureux mélange contribue à permettre au client de croire que ses efforts et ses

sacrifices (temps, argent, etc.) lui permettront d'aspirer à un changement (ce qui l'incite à poursuivre son travail, malgré les difficultés et les souffrances), ainsi que de concevoir la thérapie en tant qu'expérience bénéfique, qu'il partage avec une personne en qui il peut avoir confiance et avec qui il développe une relation saine et durable (Gaston, 1991).

Une formation profitable pour les thérapeutes débutants leur fournirait ainsi l'occasion de se familiariser davantage avec des concepts théoriques et pratiques en vue d'aider le client à définir son rôle et à préciser ses attentes concernant le thérapeute et la psychothérapie, et vice-versa (Castonguay *et al.*, 2006). Par exemple, cela leur permettrait à la fois d'être mieux au fait des enjeux cliniques sous-jacents concernant l'importance de l'entente initiale sur les objectifs et les moyens qui seront adoptés pour les atteindre, mais aussi des raisons pour lesquelles il importe que ces dimensions soient constamment réévalués tout au long du processus (Gaston, 1994). Une telle formation fournirait également aux étudiants l'occasion de mieux comprendre les enjeux clinique inhérents, en fonction des diverses clientèles et formes de problématiques (par exemple de connaitre les conséquences possibles d'être trop directif avec des clients de profil « dépendant », ou encore d'être trop orientés sur les objectifs avec des clients de profil « passif-agressif »). Dans une même élan, il serait tout aussi pertinent de permettre aux thérapeutes novices d'explorer les diverses méthodes pour faciliter l'engagement du client et le maintien du travail clinique, de mêmes que les divers avantages et désavantages s'y rattachant (Horvath *et al.*, 2011).

Le défi pour le thérapeute en formation est donc ici de bien cerner l'importance de chacun des trois volets composant l'AT et la manière de leur accorder à chacune l'attention requise (Caillard et Chastang, 2010).

8) Une huitième recommandation serait que les étudiants puissent prendre connaissance des deux grandes postures relationnelles observées chez des thérapeutes d'expérience (voire l'étude de Sullivan, Skovholt & Jennings, 2005), en ce qui concerne la construction du lien thérapeutique. Cela aurait notamment pour but de leur permettre d'identifier leur propre tendance relationnelle (ont-ils une propension pour le pôle « sécurisant » ou le pôle « confrontant »?), ainsi que leurs capacités sous-jacentes, en matière d'AT et de RA. Comme le suggèrent d'ailleurs à ce sujet Sullivan, Skovholt & Jennings (2005), le fait de se demander des questions telles que : « suis-je à même de travailler avec des clients hostiles, dépendants, ou dont la présence en thérapie n'est pas volontaire ou d'initiative personnelle? », permettrait aux étudiants d'explorer leurs forces et limitations respectives. Dans un même esprit, il conviendrait que ceux-ci puissent examiner les avantages et désavantages de ces deux modes relationnels, en fonction de divers contextes cliniques. Il importerait également que les étudiants puissent pratiquer leur flexibilité, sur le plan de la posture relationnelle, en tant que réponse aux différents types de clients et de problématique, et ainsi viser une meilleure appropriation des deux grands styles relationnels (Sullivan, Skovholt & Jennings, 2005).

9) Étant donné qu'aucun participant n'a soulevé la question de la mesure de la qualité de l'AT, une neuvième recommandation nous apparaissant logique serait que les étudiants puissent bénéficier d'une formation à ce sujet. Il semblerait effectivement très pertinent que les thérapeutes novices puissent prendre connaissance de divers outils servant à mesurer la qualité de l'AT (voire par exemple *The Revised Helping Alliance Questionnaire* (HAq-11), de Luborsky *et al.*, 1996), puisque cela constitue un bon référent pour évaluer leur habileté à développer un lien thérapeutique, en même temps que leur capacité d'adaptation et d'ajustement au client (Luborsky, 2009). L'enseignement de divers outils d'évaluation de la qualité de l'AT pourrait ainsi être utilisé à des fin pédagogiques afin de permettre aux étudiants de développer les habiletés nécessaires au développement d'une bonne AT

avec leurs clients, en fonction notamment de la perception du client (Summers & Barber, 2003; Horvath et Greenberg, 1986).

10) Enfin, si l'on tient compte des divers enjeux personnels dont les thérapeutes novices ont fait mention tout au long de cet essai, ainsi que l'influence que ces enjeux peuvent avoir sur la manière dont les répondants appréhendent l'AT et les RA, il va sans dire qu'une meilleure connaissance de soi, en tant que psychothérapeute, devrait faire partie du cursus universitaire prévu dans la formation des futures psychologues. En effet, il serait pertinent que ces derniers soit mieux au fait de leurs enjeux et besoins personnels (performance, contrôle, valeurs, rapport à l'autorité, affirmation de soi, etc.) et des diverses façons dont cela conditionne leur manière de « faire » et d'« être », sur le plan de l'AT et des RA. Nous considérons qu'il en va de même pour ce qui est des diverses émotions et réactions du client (colère, impuissance, distance émotionnelle, etc.), de même que le genre d'effet que cela peut avoir sur ces thérapeutes. Drouin (2005) parle de ce phénomène en soulignant l'importance d'être conscient de ce qui rend le thérapeute anxieux et des mécanismes qu'il utilise pour se défendre contre cette anxiété. En ce sens, il serait important que les thérapeutes novices puissent avoir la chance de faire davantage l'expérience et de développer leur compétence professionnelle concernant l'autorégulation des émotions représentant un défi pour eux (Safran & Kraus, 2014; Skovholt & Ronnestad, 2003). Cela nous semble d'autant plus déterminant lorsqu'on se souvient que l'expérience d'expression d'affects négatifs par le client serait un élément positif dans son cheminent, mais aussi que l'affirmation d'insatisfactions dans un contexte d'accueil du thérapeute aurait comme effet de consolider l'AT, tandis que l'absence de ce type d'expression résulterait par davantage de terminaisons unilatérales (Rhodes *et al.*, 1994).

Comme on peut ainsi le constater en parcourant cette liste de recommandations, plusieurs raisons soutiennent la pertinence d'une formation plus approfondie

concernant la construction de l'AT et la réparation des RA. On remarque, de fait, que les items de cette liste gravitent tous autour du fait que les thérapeutes novices manquent de maitrise du sujet, tant en ce qui concerne le savoir « théorique », que le savoir « faire » ou « être ».

Mentionnons en terminant que ces recommandations concernant le développement de la compétence professionnelle des thérapeutes novices eu égard à la construction de l'AT et la réparation des RA représentent diverses pistes de réflexion afin de bonifier la formation des futurs psychothérapeutes. Ces suggestions ont également pour but d'aider les thérapeutes débutants à mieux composer avec les divers écueils dont il a été question tout au long de cet essai, en matière d'AT et de RA, mais aussi de promouvoir, par le fait même, l'amélioration de la qualité des services que ceux-ci offrent à leurs clients (Carle et Drouin, 2008).

4.2.8 Limites de l'étude

Nous sommes conscients que la représentation de la construction de l'AT et de la réparation des RA chez les psychothérapeutes novices est un thème tout aussi étendu que complexe, et que nous aurions ainsi pu le traiter sous de nombreux angles. À titre d'exemple, nous aurions pu chercher à faire une comparaison entre la manière de construire l'AT de psychothérapeutes à divers stades du processus de développement de leurs compétences professionnelles (Skovholt & Rønnestad, 2003), afin de tenter de mieux cerner le processus de développement des compétences en lien avec un tel construit. Nous aurions également pu tenir compte de la perspective de clients rencontrés par les psychothérapeutes en formation que nous avons interviewés afin de valider la perception de ces psychothérapeutes, relativement au lien thérapeutique. Il aurait sans doute également été pertinent d'envisager d'autres thèmes en lien avec notre objet d'étude, tel que la question de la mesure de l'AT chez le psychothérapeute

débutant (Berzins, 2008), de sa conscience réflexive de soi et de l'autre en action (Lecomte, 2010), ou encore du développement de sa régulation émotionnelle durant la psychothérapie (Kottler, 2003). Mentionnons enfin qu'un questionnement concernant l'influence possible de certaines caractéristiques telles que le genre, l'âge, l'origine ethnique ou encore le statut socio-économique d'origine, sur la manière de se représenter l'AT et les RA, aurait assurément une valeur, sur le plan de la recherche.

Au sujet des limites, il convient notamment de soulever la question de la désirabilité sociale, un phénomène pouvant être tout aussi subtil, qu'implicite. En effet, cela a pu biaiser les réponses de certains participants (particulièrement considérant leur statut de thérapeute en formation), ceux-ci voulant possiblement, de manière plus ou moins consciente, se présenter sous leur jour le plus favorable (Lemaine, 1985). À titre d'exemple, divers répondants pourraient avoir répondu de façon conservatrice à certaines questions (par exemple le % de marqueurs de RA qu'ils manquent), de crainte de paraitre « narcissique », ou au contraire, cacher certains éléments, de peur d'avoir l'air incompétent (par exemple en ne rapportant pas certaines expériences négatives vécues avec des clients). Bien qu'un tel phénomène puisse difficilement être contourné, en matière de recherche, il n'en demeure pas moins que les participants apparaissent, dans l'ensemble, nous avoir parlé de leur expérience de thérapeute en formation avec beaucoup d'authenticité, voire même de candeur. On n'a qu'à rappeler à quel point ceux-ci ont abordé des sujets tout aussi personnels que délicats, dont leurs enjeux personnels (crainte d'être abandonné ou rejeté par leurs clients, d'être inadéquat ou mauvais thérapeute, etc.), leurs manières personnelles d'aborder la psychothérapie, ou encore diverses expériences pénible vécues avec leur clients.

Il est également pertinent de rajouter à la liste des limites certaines caractéristiques des participants, telles que leur genre ou leur âge, qui peut possiblement avoir une

incidence sur la manière de se représenter la construction de l'AT et la réparation des RA. En effet, ces caractéristiques, et leur influence possible sur nos deux principaux objets d'étude, n'ont pas été prises en considération (variables non-contrôlées) dans notre analyse.

Notons également, sur le plan des limites de l'étude, que nous avons espacé les deux entrevues conduites auprès de chacun des participants d'une pause de 30 à 60 minutes, car nous voulions éviter que ceux-ci puissent être « contaminés » par des lectures ou des conversations portant sur les deux concepts à l'étude. Or, on peut penser que le fait d'accorder plus de temps entre les deux entretiens auraient possiblement pu permettre aux participants de mieux intégrer, puis d'élaborer davantage les expériences évoquées.

En ce qui a trait aux limites de l'étude, il faut également souligné que nous n'avons pas inclus dans nos divers volets de recherche la question de l'influence de l'approche respective des participants, dans leur manière de concevoir l'AT et les RA. Or, on peut sans doute penser que l'orientation théorique à laquelle les répondants ont été formé vient brouiller quelque peu les pistes envisagées par les participants pour témoigner de leur expérience de nos deux concepts à l'étude.

Sur le plan de la validité externe, il convient de rappeler que notre analyse reposait sur l'expérience de douze psychothérapeutes novices et que cela limite possiblement la généralisation des résultats de notre recherche à l'ensemble des psychothérapeutes débutants. Plus spécifiquement, il se peut que le cas de certains de nos participants soit davantage « particulier » que « représentatif », considérant certains contextes spécifiques. Cela signifie que les résultats de cette recherche ne sont donc peut-être pas généralisables à toute la population des psychothérapeutes en formation. À titre d'exemple, nous n'avons pas tenu compte, sur le plan de la sélection de notre échantillon, de variables ayant possiblement une influence sur le caractère de

représentativité de la population des cliniciens novices, telles que l'âge des participants, leur sexe, leur origine ethnique, leur statut socio économique, etc.

Rappelons toutefois que notre but était de documenter la compréhension des façons de faire déployées par des psychothérapeutes en formation au regard de la construction de l'AT et de la réparation des RA et que, en ce sens, les éléments de description (*thick description*), de compréhension et d'analyse que nous avons articulés, suite à nos entretiens avec ces personnes, représentent des points de référence pour aider à mieux comprendre le cas d'autres psychothérapeutes dans la même situation (Quivy et Van Camenhoudt, 1988). Rajoutons à ce sujet que notre objet d'analyse représente une *exploration préliminaire* (puisque peu investigué auparavant) et, qu'en ce sens, l'analyse de certains cas, même « atypiques », vise avant tout à *documenter certains processus* (Stake, 1994). Or, comme le fait valoir Stake (1994, p. 243), « il peut même être souvent plus approprié d'apprendre beaucoup d'un cas atypique qu'un petit peu d'un cas tout à fait typique ». Rajoutons, par ailleurs, que le but principal des échantillons réduits n'est pas la « représentativité », mais bien la « crédibilité » (Becker, 2002). Autrement dit, la richesse des propos de nos participants devait contribuer à faire ressortir certains facteurs contextuels et dynamiques de leur réalité eu égard à la construction de l'AT et la réparation des RA chez les psychothérapeutes novices. Précisons enfin que nous ne visions pas principalement la « représentativité », non plus que la « saturation » ou la « généralisation », mais plutôt une certaine « diversité » des expériences et des points de vue, dans le but de mieux connaitre la représentation des modes de construction de l'AT et de réparation des RA des thérapeutes en formation que nous avons interviewés.

4.2.9 Portée des résultats

Bien que modeste, notamment en raison de sa nature exploratoire, ainsi que du nombre de participants qui y ont pris part, nous estimons tout de même que notre étude contribue à enrichir la connaissance du développement des psychothérapeutes novices, particulièrement en ce qui concerne la construction de l'AT et la réparation des RA. Nous considérons que notre recherche permet, entre autres, d'en savoir davantage sur la réalité des psychothérapeutes débutants dans le domaine relativement à l'acquisition des compétences nécessaires à la construction d'une AT de qualité et la réparation des RA. Une meilleure connaissance de cette réalité nous a d'ailleurs conduit à formuler une série de recommandations afin d'améliorer la formation des psychothérapeutes novices, en même temps que de faciliter le développement de leurs compétences professionnelles (voir la section 4.1.7).

CHAPITRE V

CONCLUSION

Cette recherche a permis de tirer un ensemble de constats et de conclusions concernant la représentation de la construction de l'AT et de la réparation des RA chez les thérapeutes novices[21]. En reprenant le tout dans une perspective d'ensemble (voir le schéma synthèse des principales conclusions de la recherche, en page 150), on observe un ensemble de thèmes et de sous-thèmes gravitant autour de la crainte des participants d'aborder divers sujets pouvant engendrer des RA avec leurs clients (p. ex. : appliquer certaines règles du cadre, faire un retour sur les objectifs, discuter du processus, etc.). Parmi les plus significatifs, on retient ici les constats suivants :

1) Les participants semblent généralement au fait et à l'aise avec la notion de construction du lien affectif (voir les cinq conditions gagnantes et les attitudes sous-jacentes constituant les principales stratégies et manières de faire des participants afin de bâtir un lien affectif de qualité avec leurs clients).

2) Plusieurs répondants apparaissent manquer de connaissance concernant l'AT (principalement en ce qui concerne l'*entente sur les rôles* et l'*entente sur les rôles/tâches*) et les RA (en général).

3) Divers enjeux personnels (notamment en lien avec l'*estime de soi* et l'*attachement*) semblent influencer les participants de manière significative dans leur manière d'aborder l'AT et les RA.

4) Les participants disent craindre d'aborder divers sujets avec leurs clients, notamment par peur de les heurter, de les indisposer, de les blesser, ou encore parce qu'ils appréhendent certaines réactions que cela pourrait engendrer chez

[21] Voir notamment les tableaux I, II, III, IV, V et VI pour plus de détails.

ceux-ci (p. ex. : qu'ils soient en colère, qu'ils veuillent cesser leur thérapie, qu'ils les perçoivent comme des thérapeutes incompétents, etc.).

5) Plusieurs participants rapportent avoir fait l'expérience de certaines émotions relativement pénibles (dont la honte, l'impuissance, le sentiment de rejet, etc.) en lien avec le sujet des RA, et la plupart d'entre eux disent éprouver un malaise avec les impasses relationnelle (soit de type « retrait/conformité » ou « confrontation »).

6) Ces divers éléments énumérés précédemment semblent amener les participants à éviter certaines situations pouvant engendrer une RA avec leurs clients, ainsi qu'à croire en une pseudo AT (et/ou à des abandons unilatéraux de la psychothérapie, sans que le client ne mentionne quoi que ce soit), puisque la question de la RA n'est souvent pas discutée.

7) Il appert qu'on peut ainsi difficilement aborder la question de la représentation de la construction de l'AT chez les thérapeutes novices sans s'attarder à leur manière d'appréhender la réparation des RA, considérant la forte influence que cette seconde dimension possède sur la première.

Plus largement, on constate que c'est donc un ensemble de facteurs qui se rattachent et s'inter-influencent pour constituer la manière dont les thérapeutes novices conçoivent et abordent la construction de l'AT et la réparation des RA avec leurs clients. À cet égard, on a pu observer qu'une des principales forces des participants est leur capacité de construire un lien thérapeutique de qualité avec leur client. Pour ce faire, ceux-ci utilisent un ensemble de « *conditions gagnantes* » (rendre le client à l'aise, l'écouter et le comprendre, le respecter, être capable de s'ajuster à lui, créer un sentiment de confiance et de sécurité chez le client) et d'*attitudes sous-jacentes* (le non-jugement, l'acceptation, l'ouverture, l'empathie, la bienveillance, la disponibilité, etc.) qui se bonifient et s'inter-alimentent mutuellement.

D'un autre côté, on a cependant pu noter que cette force à construire un lien thérapeutique de qualité apparait devenir un écueil, dans la mesure où la plupart des participants semblent si attentifs et soucieux de la qualité du lien qu'ils partagent avec leurs clients qu'ils éprouvent souvent de la difficulté à aborder des sujets qui

pourraient engendrer des RA ou constituer une menace à la qualité du lien. Or, si l'on rajoute à cela le *peu d'expérience* de ceux-ci, la *complexité de la tâche*, le *manque de connaissance et de maitrise du sujet*, les diverses *difficultés* (p. ex. : composer avec les réactions du client et les émotions pénibles que cela leur fait vivre, ne pas trop savoir comment aborder les sujets délicats, assumer le rôle du « mauvais objet », etc.) et *enjeux personnels* (en lien avec l'estime de soi et l'attachement) auxquelles cela les confrontent, il est possible de mieux cerner l'ampleur du défi que la construction de l'AT et la réparation des RA représentent pour ces thérapeutes en formation.

La mise à jour de ces diverses difficultés et écueils dont nous ont fait part les participants nous a d'ailleurs permis de faire ressortir une série d'enjeux concernant le développement de la compétence professionnelle en matière de construction de l'AT et de réparation des RA, et ainsi de pouvoir formuler des recommandations relativement à la formation des psychothérapeutes novices, tant en ce qui concerne le savoir « théorique », que « faire » et « être ».

Par ailleurs, puisque notre recherche avait avant tout une visée exploratoire, considérant le peu d'études sur le sujet, il va sans dire que celle-ci fait place à de nombreuses interrogations et qu'elle suggère un ensemble de questions qui demeurent à investiguer, sur le plan de la construction de l'AT et de la réparation des RA chez les thérapeutes novices. À titre d'exemple, on pourrait se demander si le sexe du thérapeute débutant possède une influence sur sa façon de concevoir l'AT et/ou de réparer des RA (p. ex. : style de posture relationnelle, mode de construction du lien, type de RA qu'ils sont le plus à l'aise, etc.). On pourrait également chercher à déterminer avec plus de précision ce qui influence particulièrement la manière dont les thérapeutes novices abordent la construction de l'AT et la réparation des RA (p. ex. : leurs valeurs, la formation, les enjeux personnels, etc.). Il serait aussi pertinent d'approfondir la question des grandes approches (TCC, psychodynamique et humaniste) et leur influence respective sur le traitement de l'AT et les RA, comme il

serait profitable d'explorer l'évolution de la représentation que les thérapeutes se font de la construction de l'AT et de la réparation des RA, à mesure que ceux-ci gagnent en expérience.

Quoi qu'il en soit, les études ont démontré que l'AT est le *facteur central* dans le *succès thérapeutique* (Doran & Safran, 2016; Flückiger *et al.*, 2012; Safran & Muran, 2006; Norcross, 2002; Teyber, 2000; Martin & Garske, 2000; Garfield, 1998; Lambert & Bergin, 1994) et qu'une des *habiletés les plus importantes* du thérapeute est celle d'être capable de détecter, de composer et de réparer les RA (Doran *et al.*, 2017; Safran *et al.*, 2015; Safran & Muran, 2011, 2000a, 1996; Binder & Strupp, 1997; Horvath 1995; Bordin, 1994; Henry & Strupp, 1994). Considérant, en outre, que l'apprentissage de telles habiletés relationnelles représente un élément central de la formation du psychologue (Safran & Kraus, 2014; Safran & Muran, 2011, 2006, Skovholt & Ronnestead, 2003) et que l'étude de la construction de l'AT et de la réparation des ruptures d'AT chez les thérapeutes en formation demeure peu étudiée, particulièrement sur le plan qualitatif (Del Rea *et al.*, 2012; Berzins, 2008; Horvath & Bedi, 2002; Grete Hersoug *et al.*, 2000). Il nous apparaissait donc pertinent de chercher à mieux comprendre et d'en savoir davantage sur la manière dont les psychothérapeutes novices perçoivent ces deux concepts, eux qui en sont en leur premier pas dans le domaine.

Pour notre part, il ne nous reste plus qu'à espérer que cet essai doctoral concernant la *représentation de la construction de l'alliance thérapeutique et de la réparation des ruptures d'alliance chez les psychothérapeutes en formation* aura su apporter une contribution à ces deux sujets nous apparaissant centraux dans le développement des psychothérapeutes.

ANNEXE A

SCHÉMA D'ENTRETIEN

Représentation de la construction de l'AT et de la réparation des RA

1. Pouvez-vous me décrire, de façon générale, comment vous avez vécu votre expérience d'entrer en contact et d'établir un contact avec des clients?

2. Comment vous y prenez-vous pour établir et commencer à bâtir le lien thérapeutique (favorise certaines valeurs, conditions ou techniques)?

3. Est-ce que vous procédez de la même manière afin de maintenir le lien thérapeutique avec tes clients (favorise certaines valeurs, conditions ou techniques)?

4. Quelles sont vos forces dans le maintien du lien thérapeutique?

5. Quels ont été les défis, les limites et les difficultés que vous avez rencontrés dans le maintien du lien?

6. Comment concevez-vous l'AT (définition, sens, importance...)?

7. Comment vous y prenez-vous pour définir les objectifs et les rôles/tâches de chacun dans la démarche thérapeutique (évaluation, rétroaction, désaccord...)?

8. Quelles sont vos stratégies pour favoriser l'AT (techniques ou manière de faire qui reviennent)?

9. Vous arrive-t-il de vivre des ruptures d'alliance (exemples)?

10. À quoi reconnaissez-vous une rupture d'AT (les indices, les signes, des éléments qui reviennent plus souvent)?

11. Qu'est-ce que cela vous fait vivre, sur le plan affectif?

12. Comment réagissez-vous lorsque vous constatez un signe de RA chez vos clients (retrait/conformité et confrontation)?

13. Comment vous y prenez-vous pour éviter les RA?

14. Que faites-vous pour restaurer l'AT avec un client lorsque celle-ci est en rupture?

15. Selon vous, quelles sont les qualités principales d'un bon thérapeute en matière de construction de l'AT?

16. Comment l'approche à laquelle vous avez été formée (TCC, psychodynamique ou humaniste) influence votre traitement de l'AT?

17. Avez-vous l'impression de manquer beaucoup de signes de ruptures d'AT (évaluer un pourcentage) ?

18. Est-ce que vous jugez que votre formation a été suffisamment orientée sur l'enseignement de l'AT (qu'auriez-vous eu besoin d'apprendre davantage à ce sujet)?

Questionnaire d'évaluation de la construction de l'AT (Sullivan, Skovholt et Jennings, 2005)

Concept d'AT n° 1 :

L'entente thérapeute-client concernant les tâches et les rôles respectifs

- Comment établissez-vous l'entente avec vos clients concernant les tâches que chacun assumera dans la démarche thérapeutique?
- Comment vous y prenez-vous avec les clients qui n'accomplissent pas les tâches attendues d'eux
- De quelle manière précisez-vous les rôles que vous et vos clients occuperez respectivement dans la démarche?

Concept d'AT n° 2 :

L'entente thérapeute-client concernant les objectifs de la thérapie

- De quelle façon procédez-vous lorsque les buts objectifs par vos clients ne correspondent pas avec les besoins que ceux-ci semblent avoir?
- Décrivez la manière dont vous procédez afin de reconnaître les réussites de vos clients en matière d'atteinte d'objectifs.
- Comment établissez-vous une AT avec les clients lorsque la thérapie implique une troisième personne?

Concept d'AT n° 3 :

Lien affectif entre le thérapeute et son client

- Décrivez l'importance que requiert l'établissement d'une relation thérapeutique positive dans votre travail?
- De quelle manière considérez-vous pouvoir acquérir les habiletés nécessaires afin d'établir de bonnes relations thérapeutiques?
- Comment vous y prenez-vous pour réparer une relation thérapeutique qui semble être devenue problématique?

ANNEXE B

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

« *La représentation de la* construction de l'alliance thérapeutique et de la réparation des ruptures d'alliance *chez les psychothérapeutes en formation* »

Cette recherche porte sur la représentation de la construction et de la réparation chez des thérapeutes en formation. Celle-ci est réalisée par Alex Ellyson, étudiant de doctorat en psychologie au département de l'UQÀM, sous la supervision du professeur Marc-Simon Drouin *PhD*. Cette recherche a reçu l'approbation du Comité départemental d'éthique de la recherche avec des êtres humains de l'Université du Québec à Montréal (UQÀM).

La participation à cette recherche implique de votre part de participer un à deux entretiens portant sur votre expérience durant votre (vos) internat(s). Les entretiens se tiendront au pavillon J.-A. DeSève (local DS4914) de l'UQAM. Ils seront enregistrées et devraient durer environ une heure chacun. Ils porteront principalement sur le lien que vous entretenez avec vos clients, notamment en ce qui concerne la construction et les fluctuations de l'alliance thérapeutique.

Précisons que votre collaboration est entièrement volontaire et que vous avez le droit de refuser de répondre à certaines questions ou de vous retirer de la recherche en tout temps, sans préjudice et sans aucune justification de votre part. Veuillez également prendre note que votre participation à ce projet ne comporte aucun risque et que les informations recueillies demeureront strictement confidentielles, et ne serviront qu'à des fins de recherche. Pour ce faire, un code numérique remplacera votre nom afin d'assurer l'anonymat de vos réponses et les fichiers informatisés seront protégés par un mot de passe. Tout le matériel sera gardé sous clé dans un local réservé à cette fin et seuls le chercheur principal, ainsi que son directeur de recherche auront accès. Les données recueillies pour cette recherche seront conservées pour une période de 5 ans après la fin de l'étude et elles seront détruites après cette période.

En termes de bénéfices, votre participation à cette recherche permettra de prendre un moment de réflexion concernant votre pratique, ainsi que de contribuer à l'avancement des connaissances sur le sujet.

Si vous désirez des renseignements supplémentaires sur cette recherche, vous pouvez communiquer avec nous au (438) 888-6253 ou à l'adresse suivante alex.ellyson@usherbrooke.ca. Pour toutes questions ou commentaires sur le projet, vous pouvez également vous adresser au professeur Marc-Simon Drouin *PhD* (514) 987-3000, poste 7006.

Je soussigné(e), _____
(Nom en lettres moulées)

déclare que : _____
(Nom en lettres moulées)

m'a expliqué la nature, les objectifs et le déroulement du projet de recherche ainsi que le caractère anonyme et confidentiel des informations recueillies. J'ai pris connaissance du formulaire de consentement et on m'en a remis un exemplaire. Je reconnais avoir été informé(e) de façon suffisante sur la nature, les bénéfices et les risques liés à ma participation à ce projet de recherche. J'ai eu l'occasion de poser des questions auxquelles on a répondu à ma satisfaction. On m'a accordé un temps de réflexion suffisant pour prendre ma décision. Dans ces conditions :

- J'accepte librement et volontairement de participer à ce projet de recherche. Je demeure libre de refuser de répondre à certaines questions ou de me retirer de l'étude en tout temps, sans préjudice d'aucune sorte.

  ☐ Oui ☐ Non

- J'accepte que la rencontre soit enregistrée sur support audio :

  ☐ Oui ☐ Non

_____
(Signature du participant)

Je soussigné(e), _____

(Nom en lettres moulées)

certifie avoir expliqué au participant identifié ci-dessus les termes du présent formulaire, avoir répondu aux questions qu'il m'a posées à cet égard; lui avoir clairement indiqué qu'il reste, à tout moment, libre de mettre un terme à sa participation au projet de recherche décrit ci-dessus sans aucun préjudice.

_____ _____

(Signature du chercheur) (Date)

_____ _____

(Signature du directeur de recherche) (Date)

ANNEXE C

CITATIONS DE PARTICIPANTS

3.1

Actuellement, j'axe beaucoup sur l'accueil lors des premières rencontres. C'est à dire, c'est l'inverse de ce que je faisais au début. Maintenant, je n'ajoute plus au contenu du client. J'accueil et je m'y prend souvent avec des questions ouvertes [...] Je fais des essaies et je tente de trouver comment accueillir le client de façon le plus large possible, dans ce qu'il est. C'est une recherche active. Je suis vraiment actif là-dedans. (2.H)

J'ai découvert que c'est une position que j'aime et que je suis plus confortable, que c'est moi qui a la responsabilité de recevoir quelqu'un et de la mettre à l'aise. Je pense que j'ai plaisir à accueillir quelqu'un chez moi... C'est un peu comme ça que je vois ça, établir le contact avec mes clients [...] Dans ma conception, c'est un rôle qui revient davantage à l'hôte qu'à l'invité, d'accueillir en thérapie. De mettre les bases pour apprendre à connaitre la personne. (1.T)

C'est sûr que l'acceptation est au cœur de ma manière d'être avec mes clients [...] Ça colle à la bienveillance [...] Le message en arrière de ça dit aussi que je ne la jugerai pas [...] Je veux qu'elle se sente à l'aise avec moi. (5.T)

3.2

C'est primordial que le client sente que j'ai une place pour lui. De la même façon que, quand je rencontre le client pour la première fois, je montre une attitude ouverte. Lui laisser le temps d'arriver, de s'installer dans la rencontre. Puis une attitude bienveillante. J'emprunterais alors une expression humaniste, au sens de l'acceptation positive inconditionnel de la personne. (12.H)

Oui, bien c'est sûr que l'acceptation est au cœur de ma manière d'être avec mes clients. C'est super important pour moi que la personne se sente, avant tout, respecté dans ce qu'elle est. C'est ça que je veux dire par « ça se colle à la bienveillance ».

C'est une façon d'être qui dit : « je te respect et je suis avec toi » [...] Le message en arrière de ça dit aussi que la personne a sa place et que je ne la jugerai pas. (5.T)

3.3

Je pense qu'en étant davantage à l'écoute et dans des valeurs plus humanistes et d'acceptation, ça permet à mes clients de se sentir plus à l'aise. Je pense notamment à quelques clients avec qui j'ai terminé le suivi et qui m'ont dit, à la fin, qu'ils se sentaient compris [...] que j'étais dans le non-jugement et que ça leur faisait du bien. (4.T)

Je laisse un peu plus de silence pour laisser du temps au client de se sentir à son aise. Je vais moins commenter ce qu'elle me dit et laisser plus de silence et plus d'accueil, pour qu'elle sente que je suis à l'écoute. (11.H)

Dans ma façon d'être avec mes clients, il y a beaucoup d'écoute. Et observer, aussi. Être beaucoup plus un récepteur qu'un émetteur [...] C'est essentiel, selon moi, pour que ça connecte et qu'on puisse bâtir un bon lien avec le client. (7.P)

Premièrement, je suis là avec eux; j'essaie d'être vraiment présente. J'essaie d'entendre l'autre dans ce qu'il m'amène. J'essaie de voir où est-ce qu'il veut m'amener [...] Je pense que c'est extrêmement important. Si je ne vais pas où il veut, il va décrocher. Il va se dire : « où est-ce qu'elle s'en va, elle? ». Donc, je tente de me connecter avec ses émotions pour qu'il se sente entendu, accueilli, et compris. (5.T)

Je tente de lui démontrer que je l'entends, que je l'accueille et que je le comprends. En fait, je dirais que je vise à ce qu'il comprenne que je suis disponible, que je suis toute là. Je pense que ça, ça me permet de bien entrer en contact avec mes clients et clientes. (1.T)

Si je sens que la personne a besoin de parler d'un problème, aussi bien retarder l'anamnèse et parler en profondeur de ce problème, afin de laisser la personne se sentir un peu comprise. Bref, c'est un peu de voir, dans mes interventions, pour saisir si elle est à l'aise ou pas avec moi. C'est vraiment comme ça que je fonctionne. (6.P)

3.4

Pour moi, la meilleure façon de bien comprendre ce que mes clients vivent, c'est de toujours tenter d'être en contact, de me connecter au vécu émotif de la personne. Si je perçois bien ses émotions, j'ai l'impression qu'elle va se sentir beaucoup plus entendus et comprise. (11.H)

Je m'y prends souvent avec des questions ouvertes [...] Je me permets encore de faire des erreurs mais c'est des erreurs contrôlées, maintenant. Dans le sens où j'offre rapidement ma compréhension au client de ce que j'ai compris de ce qu'il vient de dire. Je fais ça à l'aide de reformulations, avec des reflets, même je raconte ça sous forme d'histoires parce que j'aime le psychodrame. Je fais souvent des « histodrame » avec mes clients : « ça fait que tu me raconte l'histoire que... ». Là, eux autres, si ça colle ou ça ne colle pas, je leur demande de valider ou d'invalider le contenu de ce que je viens de dire. Donc, je sais toujours si je comprends bien ce qu'ils me racontent. (2.H)

Moi, ce que j'essaie d'aller chercher comme information, subtilement, c'est : « qu'est ce qui fait vibrer la personne? ». Parce que toutes les exemples que je vais donner, que ce soit en intervention, comment je vais amener mon évaluation ou que j'évalue l'estime de soi, et bien les passions de la personnes vont m'aider à aller chercher de l'information [...] C'est sûr et certain que moi, personnellement, si j'étais un client, j'aimerais ça que mon psychologue s'intéresse à ce que j'aime [...] En termes d'AT, c'est certain que si je suis à l'écoute de ce qui te fait vibrer, que je m'informe sur ça puis que je te donne des exemples par rapport à ça, on va vibrer ensemble. On va être sur la même longueur d'ondes. Je ne suis pas obligé de maitriser le domaine que tu aimes. Comme les jeux vidéo, si je reviens à mon exemple, je ne connais pas ça. Mais je vais quand même être capable d'en apprendre sur ça. Justement, le fait d'apprendre sur ses jeux vidéos, je vais apprendre plein d'autres affaires sur la personne. Selon moi, la personne va alors être bien plus ouverte à parler d'elle-même, si elle parle d'avance de ce qu'elle aime. C'est comme mon ouverture, ma porte d'entrée. (9.T)

3.5

Une deuxième valeur importante pour moi est bien entendu le respect. Une personne qui arrive dans le bureau, la pire chose qui pourrait arriver, c'est qu'elle se sente jugée, mal vue, hors norme, anormal [...] Je vais essayer aussi d'éviter d'étiqueter quelqu'un avec un diagnostic. (1.T)

Une valeur immanquable pour moi, en tant que thérapeute, c'est le respect. Si la personne ne se sent pas respectée, je vois mal comment elle pourrait avoir envie de d'être en relation, d'avoir un lien avec moi [...] Par contre, si elle sent que je suis là pour elle, que je la respecte et que je ne la juge pas, dans ce qu'elle est en tant que personne, j'estime que là, j'ai de biens meilleures chances d'établir un bon lien avec elle. (11.H)

L'autonomie et le respect, c'est essentiel du début à la fin. Je veux dire que ça ne change pas [...] Moi, je respecte la personne autant dans ce qu'elle est que ce qu'elle fait, et je n'ai donc pas à juger de ses actions. (6.P)

3.6

Je fais quand même des entrevues assez structurées, au début, pour l'évaluation. Je prends des notes et tout ça, mais j'essaie de laisser le client aborder par lui-même les thèmes généraux. Puis moi, je vais sous-questionner. Dans la mesure du possible, j'essaie de laisser le client se déployer à moi à son propre rythme [...] Je trouve important qu'il sente que je respecte son rythme et que c'est sa responsabilité de décider. (10.T)

Je tente de laisser un espace pour que le client puisse se livrer à moi à son rythme, et qu'il puisse se révéler lui-même ses difficultés, de la manière que bon lui semble. Moi, je vais m'ajuster à lui et s'il a besoin de temps, c'est correct, je respecte ça [...] Un autre message très important que je veux laisser au client, c'est qu'il comprenne clairement que c'est à lui de décider ce qu'il souhaite accomplir, de même que l'intensité qu'il veut y investir. Autrement dit, je veux qu'il sente bien que ça doit venir de lui. Que moi, dans ce processus-là, je suis un accompagnateur et que je vais respecter le rythme qu'il désire adopter. (11.H)

Moi je suis assez directif, mais je suis non contrôlant. Dans le sens où je peux proposer des activités, je peux proposer des interprétations, mais je ne tiens absolument aucunement à ce que ça se déroule de cette manière-là. Si le client me dit : « non pas du tout » ou s'il propose une autre voie, on va aller visiter ça parce que je que ça parle de lui, de son processus, de où il est rendu [...] C'est ma manière de refléter au client « je vais être là avec toi, on va y aller ensemble pis on va trouver ton rythme » [...] Je pense que l'alliance se tisse dans la confiance, et la confiance, elle, nait dans si tu es capable de trouver le même rythme que la personne. J'ai l'impression que je peux trouver le rythme de la personne avec de la directivité, mais pas avec du contrôle. Parce que si je rentre dans du contrôle, je brime son rythme. C'est pour ça que j'essaie d'aller dans le contrôle au minimum [...] Je vais suivre le rythme du client, je vais embarquer avec lui et là on va pouvoir jaser et faire une vraie alliance. (2.H)

J'utilise aussi beaucoup l'autonomie de la personne. C'est important pour moi de respecter son rythme. Je veux dire que, si je la pousse, c'est comme si je sous-entendais qu'une bonne partie du reste de sa vie, il va falloir qu'elle se fasse tout le temps pousser par les autres. Moi, au contraire, j'offre à la personne qu'on aille dans l'ordre qu'elle veut [...] En disant : « il faut que tu sois autonome », tu ne permets pas à l'autre personne d'être autonome, parce que ce que tu lui dis de l'être. Moi, je n'ai pas ce genre de discours-là. Je laisse la personne y aller à son rythme, tout simplement. (6.P)

Je pense que la première valeur que je prône, c'est la liberté de penser. Je ne suis pas quelqu'un qui conseille outre mesure la personne en rencontre. C'est à elle de

déterminer, suite à notre exploration [...] Je suis un guide, j'accompagne et je ne tente pas d'imposer mes valeurs. (1.T)

3.7

De s'adapter au registre de la personne, je suis très sensible à ça. Si je vois une personne qui est très rigide, par exemple, je vais la vouvoyer. Sinon, je tutoie mes clients. (2.H)

Moi, je vais chercher les clients dans leur passion, ce qui les fait vibrer. Mais comme c'est différent pour chacune des personnes, ça fait que je dois m'ajuster. Ils ont des demandes implicites et des demandes explicites, aussi, des fois, auxquelles je dois m'ajuster. Puis ça, de savoir s'ajuster, je pense que c'est un point important dans le développement d'un bon lien avec les clients. (9.T)

Pour s'assurer que ça va bien, qu'on a un bon lien, je vérifie aussi souvent, dans les entretiens et à la fin des rencontres, comment est-ce que ça s'est passé pour eux [...] J'essaie vraiment de m'assurer de la satisfaction du client [...] pour être capable d'identifier ce qui a été favorable et ce qui a moins bien fonctionné avec ce client-là. J'essaie toujours de m'ajuster au client, dans la mesure du possible, en fonction de ce qu'il va me donner comme « feedback ». (10.T)

Dans ma façon de faire, il y a quand même beaucoup de flexibilité par rapport aux clients. C'est sûr que les premières rencontres, je ne commence pas avec des gros sujets. Je prends le temps d'explorer : « tu viens d'où? Ta famille? »... Tsé, prendre le temps un peu, au début, pour placer qui est la personne que j'ai devant moi. Plutôt que de commencer : « bon, vous avez un problème de toxicomanie. Qu'est-ce qui se passe? Qu'est-ce que vous en pensez? » [...] Ça prend un peu de flexibilité. Disons qu'il dit : « ah, bien aujourd'hui, je ne *feel* pas trop » Moi, je ne vais pas dire : « Ok, je comprends ça. Qu'est-ce qui se passe, au juste? Vite, vite, on traite ça [...] Donc, de donner un peu de lousse, par rapport à la volonté du client à savoir comment va se passer la rencontre. Et si on n'a pas le temps, et bien ça sera la semaine prochaine. (8.T)

Disons que le client entre puis il dit : « moi, le matin, je ne *feel* pas pour parler de ces affaires-là. Le soir, ça *fiterait* mieux pour moi », mais que toi, tu finis à 18h, ça se peut que si tu t'ajustes, puis que tu dis : « bon, je vais prendre un rendez-vous à 18h00 pour toi lundi prochain. Je vais faire une exception ». Ça a l'air niaiseux, mais ça peut faire toute la différence sur la qualité de notre lien qu'on on va développer. Tandis que si tu le forces à venir le matin... [...] Mais l'idée, c'est que si tu as la capacité de t'adapter à ton client, pourquoi ne pas le faire? Moi, en tout cas, c'est ça que je fais. (9.T)

Quand je bâti le lien, ce qu'il y a à l'intérieur de moi ne change pas d'un individu à l'autre. Par contre, selon l'information que je vais recevoir sur mon client, il y a des choses que je vais modifier un peu, dans ma technique. Par exemple, ce qu'un client est capable de tolérer. Disons qu'il est très, très mal à l'aise parce que je ne parle pas ou que je ne parle pas beaucoup. Bon, bien, je ne le laisserais pas dans ce malaise-là. Je vais adresser un peu la situation. Je vais l'aider un peu à s'exprimer. Mais, par contre, si un client est plus volubile, je vais le laisser aller. Pour qu'il se dépose selon son propre mode. (7.P)

Je dirais que ça va beaucoup dépendre de la personne. C'est dur de répondre, car ma façon d'entrer en lien et de le bâtir va dépendre d'un paquet d'éléments dans ce que le client présente. Il faut par exemple savoir s'ajuster à la personnalité du client, à sa façon d'être en relation, la problématique qui l'amène à consulter, à ce qu'il induit chez moi, etc. [...] Je ne procède pas exactement de la même manière dans la construction du lien quand je suis assis devant une personnalité évitante que j'ai l'impression qu'il va imploser, tellement il est mal à l'aise en ma présence, que quand je suis devant un obsessif-compulsif qui ne me laisse jamais la parole tellement il est dans le contrôle [...] Je vais aussi beaucoup m'ajuster en fonction de ce que les personnes vont me dire quand ont fait un retour sur comment ça se passe entre nous durant la rencontre. Par exemple, si elle me dit qu'elle est gêné quand je la regarde et qu'elle ne parle pas, c'est sûr qu'on va explorer ça ensemble mais en même temps, ça se peut fort bien que je m'ajuste un peu à ça. Ça se peut que je vais parfois m'arranger pour que le contact soit un peu moins intense pour elle, par exemple en défléchissant parfois le regard. (11.H)

3.8

Je vais essayer d'offrir un espace de qualité, avec certaines attitudes. Par exemple, en ayant le souci de pouvoir accueillir le client en étant sensible à sa souffrance [...] Je vais essayer de me connecter à son senti, à sa souffrance, et d'essayer de comprendre ce qu'il me communique, et de lui en refléter suffisamment pour qu'il se sente compris [...] Tout ça, j'imagine, afin de créer un atmosphère de psychothérapie favorable, de confiance et de sécurité. (12.H)

Je suis beaucoup dans la réassurance [...] C'est important pour moi de rassurer la personne, de lui transmettre le message qu'elle peut avoir confiance, qu'on est capable de faire quelque chose [...] Ça m'amène donc à m'ajuster, afin de rattacher à quelque chose qui est peut-être moins émotif et menaçant pour elle, dans les premières rencontres [...] Pour commencer à bâtir l'alliance tranquillement, la chose que je suis la plus attentive, au début, c'est que la personne se sente à l'aise et en sécurité. (3.P)

Bien c'est sûr que le sentiment de confiance est incontournable, à mon sens, quand on parle de construction de lien. Je veux dire que si la personne ne se sent pas en confiance avec toi, qu'elle n'a pas un certain sentiment de sécurité en ta présence, je vois mal comment on peut bâtir un lien significatif [...] Encore là, la façon de créer ce sentiment de confiance et de sécurité là va dépendre d'un paquet d'affaires en lien avec la personne, comme sa dynamique personnelle, sa façon d'être en relation, ses enjeux entourant l'attachement, etc. Mais c'est sûr que pour ma part, je reviendrais encore avec les conditions nécessaires et suffisantes de Rodgers [...] c'est pas mal ma façon générale de procéder : l'acceptation inconditionnelle, l'empathie, la chaleur humaine, le support, le non-jugement, etc. [...] À mon sens, ça demeure des éléments toujours efficaces, qu'il soit question de créer un sentiment de confiance ou encore de bâtir un lien solide. (11.H)

Je vais essayer de mettre un peu les conditions gagnantes afin que la personne sente qu'il n'y a pas de jugement, que je suis présente pour elle, qu'elle a un endroit sécuritaire pour elle [...] Dans le fond, c'est d'essayer d'instaurer un climat pour que le client se sente bien et à l'aise de se confier [...] C'est pour ça que je cherche à mettre à l'aise, à sécuriser. Parce que si la personne se sent à l'aise, s'il elle se sent en confiance, elle va être beaucoup plus disposée à s'ouvrir, à parler d'elle. Ça va favoriser notre lien. (10.T)

Ce sur quoi je travaille beaucoup actuellement, c'est sur les éléments de la confiance. Maintenant, j'ai une meilleure compréhension sur les personnes qui sont insécurisées, qui n'ont pas confiance, qui ont besoin de quelqu'un sur qui s'accoter pour dire qu'ils vont y aller pareille dans l'affaire qui est difficile. C'est ma manière de refléter au client « mais je vais être là avec toi, on va y aller ensemble puis on va trouver ton rythme ». On va trouver le plus petit succès possible et c'est ça que l'on va faire grandir. (2.H)

3.9

Je dirais que l'AT, c'est peut-être un engagement mutuel de la part du client et du thérapeute à explorer une problématique. Un engagement qui implique une régularité, un investissement à la fois de temps, mais aussi un investissement émotif et mutuel [...] Et je ne pense pas que le thérapeute puisse faire fi de cet engagement-là. Il ne peut pas juste demander à ses clients de s'engager, sans lui-même le faire... Oui, c'est peut-être ça aussi, qui fait partie de l'alliance, le fait que c'est mutuel. (4.T)

3.10

J'imagine que l'AT prend autant de place et qu'elle est aussi fondamentale parce qu'elle résume assez bien l'ensemble de la démarche psychothérapeutique. Je veux dire qu'il faut d'abord qu'il y ait un lien de confiance entre les deux personnes pour

qu'ils puissent travailler ensemble [...] Ce n'est pas compliqué, sans alliance, je ne vois pas comment il peut avoir un travail clinique significatif qui se fait. (11.H)

Pour moi, l'alliance, c'est justement d'être à l'aise avec l'autre. Je pense que c'est surtout ça; c'est de créer un lien pour que la personne se sente à l'aise [...] Quand tu as un bon lien de confiance avec la personne, tu favorises un climat de travail d'équipe. (8.T)

Je dirais que de susciter le sentiment que j'accompagne cette personne-là, qu'on est une équipe. Ça toujours été très important pour moi que la personne sente qu'elle n'est pas juste un client parmi tant d'autres clients [...] Même quand je vais chercher la personne dans la salle d'attente, moi j'ai tendance à marcher en même temps qu'elle parce que je veux que la personne sente que l'on forme une alliance [...] Pour moi, c'est la moindre des choses de montrer à l'autre que l'on est là et que l'on n'est pas là seulement dans le bureau de thérapie mais que ce lien-là se poursuit en dehors. C'est comme pour créer quelque chose. C'est comportemental. Comme si je cherche à laisser une trace symbolique. (3.P)

3.11

Pour moi, l'alliance, c'est ce qui va permettre l'ouverture du client. C'est ce qui va permettre, d'une part, qu'il va se sentir à l'aise dans la relation, qu'il va se sentir bien de se confier. Puis, de mon côté à moi, c'est d'être capable de l'empathie nécessaire envers le client. Je parle d'empathie et je parle d'ouverture, dans le sens d'installer déjà un climat [...] Je pense que quand on parle d'alliance, on parle de climat [...] Que la personne ait l'espace pour parler vraiment de ce qui la préoccupe. Que ce soit au niveau de ses difficultés ou au niveau de la relation, de l'alliance, s'il y a quelque chose qui ne fonctionne pas, elle est capable d'en parler. (10.T)

Bien, c'est sûr que dans l'alliance, il y a quelque chose de l'ordre de la confiance. Si le client n'est pas à l'aise avec son thérapeute et qu'il ne lui fait pas confiance. Il n'aura sûrement pas envie de s'investir dans une démarche avec lui. Pas complètement, en tout cas. (11.H).

L'alliance, c'est de créer un lien où la confiance est assez présente pour que le client soit ouvert à parler [...] C'est justement d'être à l'aise avec l'autre. Je pense que c'est surtout ça; c'est de créer un lien pour que la personne se sente à l'aise et assez en confiance pour qu'elle soit motivée à travailler. (8.T)

La première condition de l'alliance, c'est vraiment de se sentir bien avec l'autre personne. De ne pas se sentir jugé [...] Je crois aussi que c'est important d'essayer le plus possible que les deux parties impliquées dans l'entente se sentent égales. [...]

Pour commencer à bâtir l'alliance tranquillement, la chose que je suis la plus attentive, au début, c'est que la personne se sente à l'aise et en sécurité. (3.P)

3.12

C'est sûr que la notion de confiance marche main dans la main avec le degré d'engagement de la personne [...] Je ne dis pas que la motivation dépend uniquement du degré de confiance que le client possède envers son thérapeute. Bien non. Mais je pense que plus le client a confiance en son thérapeute, et plus il va avoir envie de créer une alliance, de collaborer et de s'investir dans le processus thérapeutique. Pour moi, un ne peux pas aller sans l'autre. (11.H).

Tsé, je parle beaucoup de motivation, depuis le début. Moi, est-ce que je suis motivé à aller voir mon client? Puis est-ce que mon client est motivé à venir dans ma thérapie? Si les deux on est motivé, je trouve qu'on a une bonne alliance. Puis aussi, qu'est-ce que j'ai à travailler pour aider ce client, là? Et qu'est-ce que j'ai à faire pour le motiver? Toutes ces choses-là, tu vois? (9.T)

L'AT, c'est une rencontre à l'intérieur de laquelle on parle des vrais affaires : des choses qui font peur, des choses inacceptables, des choses menaçantes, des choses dans lesquelles on se fait juger ou que l'on se juge soi-même... [...] L'alliance, c'est une arche de sécurité [...] parce qu'on peut dire les vraies affaires, qu'on ne se cache pas. (2.H)

Dans l'AT, il y a aussi la notion de confiance, de la part du client envers le thérapeute. C'est de s'ouvrir et de se montrer sous un jour qui n'est pas tout le temps favorable, ou de parler de choses qu'il n'aurait pas parlé à d'autres personnes [...] mais aussi une confiance du thérapeute envers son client, comme quoi il va y avoir un processus qui va se faire. Quand je parlais d'être patient et de laisser de la place au client, je pense que c'est aussi de ça dont il est question; pour être patient, il faut faire confiance que le client va finir par faire des liens et prendre en charge sa propre démarche [...] De trop intervenir, c'est de ne pas faire confiance aux clients. (4.T)

3.13

L'AT, pour moi, si je devrais le définir, c'est deux personnes qui passent un contrat. C'est une entente commune qu'on prend ensemble et qui dit : « bon bien, voilà la part que je vais faire, et voilà la part que toi tu vas faire, dans notre projet ». L'AT, c'est donc une entente concernant le projet que l'on se fixe ensemble. (3.P)

Instinctivement, ce qui me monte, c'est l'espèce de : « on est sur la même longueur d'onde par rapport au travail qu'on veut faire ensemble » [...] L'AT, ça peut concerner les objectifs, ça peut concerner la manière dont on travaille [...] Ça peut

aussi concerner quelque chose avec la motivation. Je veux dire à quel point est-ce que cette personne est prête à s'investir et de travailler? La motivation, pour moi, ça réfère au degré d'engagement du client dans sa démarche. C'est de voir s'il a un réel désir de changement. (5.T)

3.14

L'AT, c'est ce qui est le plus important, à mon avis. Les techniques et l'approche, c'est nécessaire et utile, oui, mais juste ça en soi, je ne pense pas que ça puisse amener un effet psychothérapeutique véritable [...] Pour qu'une relation soit thérapeutique, le client doit pouvoir expérimenter avec son thérapeute les belles émotions autant que les plus laides, les plus archaïques et puis ses blessures profondes. Et donc, ça risque de faire mal pour les deux. C'est pour ça qu'il faut qu'il y ait une bonne alliance de travail entre le thérapeute et son client, qu'ils aient confiance un dans l'autre et qu'ils soient capables de faire ça ensemble. (12. H)

S'il n'y a pas d'AT, on ne fait pas de la thérapie; on fait des techniques. Et je pense que si on fait un doctorat, ce n'est pas pour être un technicien en relation d'aide. C'est pour être un professionnel de la thérapie. Pour faire ça, je pense que ça demande une maitrise qui va bien au-delà des techniques. Il faut avoir une compréhension profonde de « comment les personnes se rencontrent et comment ils s'allient les uns avec les autres quand elles se rencontrent ». Je pense que les relations sont un révélateur des enjeux personnels. C'est rare qu'ils soient la cause des problèmes, ils sont souvent juste le révélateur. C'est pour ça que moi, en thérapie, j'essaie de donner une grande place à la relation thérapeutique et que des fois, je « gruge » dessus pour réactiver les enjeux de la personne. (2.H)

S'il n'y a pas d'AT, ça peut être très négatif. Ce que je veux dire par là, c'est que sans AT, au mieux, ça devient un cours théorique. Et la grande majorité des personnes qui viennent dans mon bureau n'ont pas besoin d'un cours théorique. Le cours théorique, ils le savent tous : « il ne faut pas que je consomme de drogues car c'est mauvais pour moi » [...] Sans AT, on peut tomber dans des risques d'augmenter certains patterns. Prenons un exemple une personne avec un trouble de personnalité évitante qui vient consulter. Si elle n'a pas le moindrement confiance en son thérapeute et en elle-même, elle va juste tout le temps éviter de parler du problème. [...] Ça fait qu'au final, sans AT, on va continuer de la renforcer dans son évitement et moi je continuerais à lui donner des cours théoriques sans parler du problème. (6.P)

L'AT... je dirais que c'est le moteur pour le reste du développement d'une relation. (7.P)

L'AT, à mon sens, c'est l'élément incontournable du processus thérapeutique. Ce n'est pas pour rien qu'elle constitue un des facteurs prédictifs les plus significatifs

pour déterminer le succès d'une psychothérapie, c'est parce que tout le processus passe par là. (11.H)
3.15

Je dirais qu'on détermine principalement ça ensemble. C'est sûr que c'est idéalement à la personne d'établir ce dont elle a besoin et ce qu'elle souhaite retirer de la démarche, mais on va quand même prendre le temps de préciser ça conjointement, en fonction de ce qu'elle ressent et de ce que je perçois. Ultimement, on va déterminer ensemble ce qui semble être le plus actualisant pour elle. (11.H)

3.16

Les objectifs sont toujours basés sur le client [...] C'est beaucoup défini en fonction de la compréhension que j'ai du client mais aussi en fonction de ce qu'il me nomme et qu'il cherche [...] Souvent, c'est lui qui va le formuler. Dans sa demande, il va dire quelque chose comme : « je trouve que je n'ai pas un bon estime de moi » et moi je vais valider si c'est quelque chose qu'il souhaiterait améliorer. Sinon, on va le déterminer ensemble, en fonction de ce qu'il me dit lors des rencontres et de ce que je comprends de sa dynamique. (3.P)

3.17

On procède directement. La personne, on lui demande qu'est-ce qui l'amène ici dans cette période de sa vie. La personne va dire ce qui ne va pas. Si ce n'est pas clair pour la personne, elle mettra possiblement en lumière que la raison de sa venue est justement d'être éclairée sur les difficultés de sa vie présente [...] On demande donc à la personne ce qui explique sa présence en thérapie à cette période de sa vie. (1.T)

Bien, premièrement, je dirais que je définis les objectifs avec le client en tant que tel. J'en parle directement avec lui. (5.T)

3.18

Je dirais que ça va beaucoup dépendre en fonction de la personne. Je pense que ça se fait assez naturellement [...] Il y a des personnes qui amène la question des objectifs d'emblée. Par exemple, ils vont me dire « moi je voudrais pouvoir qu'on travail sur telle affaire ». Il y en a d'autres que la question va s'aborder seulement plus tard ou que ça va se préciser à mesure que la démarche avance [...] C'est dur à dire... Je constate que je n'ai pas une façon de faire très arrêté par rapport aux objectifs [...] De manière générale, je te dirais qu'on construit ça ensemble, en fonction de se qui ressort et ce qui est constaté dans nos échanges. (12.H)

3.19

Je trouve ça important de s'entendre sur des objectifs et des tâches parce que ça met du concret dans le processus. Ça permet d'ancrer un certain début de changement chez le client, du genre : « oui, tu peux faire un déclic et réaliser quelque chose, mentalement, mais si tu ne fais rien de concret avec ça, je pense que ça peut ne pas prendre racine dans un changement plus à long terme » [...] De proposer des objectifs et des tâches, ça permet d'organiser et de structurer la personne, dans son processus thérapeutique. Je pense que c'est important que la personne se sente un peu encadrée [...] C'est dans ce sens-là que les tâches et les objectifs me semblent pouvoir venir aider le processus thérapeutique ou à l'AT. (4.T)

Bien, je trouve que l'évaluation, d'explorer l'histoire de vie des gens, c'est une technique pour entrer en lien. Ça permet de tranquillement apprendre à connaitre l'autre, un peu aux travers de ses structures. Entre autres parce qu'on demande à la personne c'est quoi son motif de consultation, ses attentes, etc. Ça permet donc de ramasser de l'information importante sur la personne, mais aussi, ça installe un espèce de cadre, quelque chose entre nous deux [...] On dirait que l'évaluation permet un contexte. Je veux dire qu'on n'est pas directement devenu en lien. Il y a comme quelque chose qui s'est passé. (5.T)

3.20

Ça arrive que l'on ne sache plus sur quoi on travaille. C'est comme si, des fois, on dirait que je perds l'objectif. Quand ça arrive, je vais revoir avec le client. Je vais alors dire un truc du genre : « on avait dit que l'on allait travailler sur tel élément... Est-ce que l'on travaille toujours sur ça »? Je valide avec le client en lui mentionnant que si je me pose la question, est-ce que lui aussi se la pose, ou bien est-ce que c'est encore clair pour lui que l'on est là-dedans. (3.P)

Disons qu'au départ, si on avait trois objectifs, bien dans les séances, je les ramène souvent. Je fais des : « là, c'est notre objectif #1, tu t'en rappelles? Tsé, au début dans l'évaluation, ce que je t'ai parlé? Cet objectif-là, on est en train de travailler ça... Comment que ça l'a évolué, ça? ». Donc, je fais souvent des retours sur les objectifs [...] Mais c'est important de faire des retours à des moments adéquats et opportuns. Tsé, quand que tu vois que ton intervention a marché, qu'il y a un réel changement, là, il faut faire un retour sur l'objectif : « regardes, tu vois, là, on a travaillé tel objectif. Il y a une amélioration là. Il y a quelque chose qui s'est passé en faisant ça » [...] Pour qu'elle sache ce qu'elle a eu comme changement, puis ce changement-là s'inscrit dans quoi. (9.T).

Moi, au niveau de la TCC, je crois sincèrement que la personne a besoin de voir des progrès concrets, des améliorations qu'elle peut mesurer [...] Je vais revoir ça

souvent avec la personne. C'est un renforcement à faire : « vous vous souvenez, au début, nous avions parlé de tel objectif et cela semble s'améliorer... ». La personne a besoin de cette étincelle d'espoir, pour se dire : « c'est vrai, j'ai fait un changement. C'est une fierté » [...] Je pense qu'il est important que la personne entende son propre discours qui lui permet de voir comment elle va atteindre son objectif pour se renforcer elle-même et qu'elle a la possibilité de le faire [...] Il y donc des petites remarques ici et là pour rappeler les réussites et les objectifs [...] Si je commence l'intervention assez rapidement pour permettre à la personne de s'accrocher à quelque chose, et d'avoir l'impression qu'il y a quelque chose qui se fait en séances, je pense que c'est bon pour l'alliance. (1.T)

3.21

Moi, je suis supposé être l'expert qui connait les psychopathologies, les plans de traitement et les procédures de thérapie. C'est ça que j'offre à mon client. De l'autre côté, je demande qu'ils s'engagent dans leur processus thérapeutique, qu'ils me disent à quelle fréquence ils veulent leurs rencontres, et c'est quoi leurs ressources qui sont disponibles pour le processus thérapeutique [...] J'explicite ça assez clairement, souvent sous la forme de : « tu m'invites à réparer ton train, bien tu vas me dire quoi que tu veux que je fasses dessus ». On se rencontre pour qu'il y ait une réparation, en théorie, mais je ne sais rien de ce qu'il veut que je répare. Du genre : « tsé, je ne connais absolument rien du problème et je me fie que tu vas me l'expliquer ». (2.H)

Bien, c'est sûr que considérant nos connaissances du fonctionnement humain et de la psychothérapie, c'est à nous que revient le rôle de bien encadrer la personne dans la poursuite de ses objectifs. Même si c'est avant tout à la personne que revient le mandat de déterminer ce qui est bien ou non pour elle, cette personne-là vient justement en thérapie avec l'attente de se faire aider et de se faire accompagner dans ce processus-là de réflexion sur elle-même et sa vie. (12.H)

C'est certain que les clients n'ont pas nécessairement la même connaissance que le thérapeute de la manière d'atteindre un but. C'est à ce moment qu'il y a une discussion qui s'entame. On évalue avec la personne si c'est réaliste comme attentes. S'il faut recadrer, on recadre. On évalue donc avec la personne ce qu'elle veut obtenir de la thérapie. On tente de concrétiser un peu les améliorations. (1.T)

Je vais beaucoup focuser sur le fait que je suis là pour aider le client à répondre à ses besoins et à ses attentes mais que c'est de sa responsabilité de me dire s'il y a quoi que ce soit qui ne fonctionne pas à son goût, et qu'on pourra en discuter, à ce moment-là [...] En fonction de ce que la personne désire, on va s'entendre sur « c'est quoi qu'il y a à travailler », puis qu'aux travers des rencontres, c'est le thème qu'on aborde. Moi, je dis toujours au client : « c'est votre responsabilité de savoir un peu de

quoi on va parler ». Le client aborde ce qu'il décide mais en essayant de rattacher ça aux objectifs qu'il a lui-même identifiés. (10.T)

C'est une collaboration. On écoute ce que la personne veut améliorer et ensuite moi, comment je le formule, dans ma vision plus psycho. Elle amène son besoin, et moi je lui amène comment qu'on va travailler ça. (9.T)

3.22

Par rapport aux rôles, je leur dis rapidement que « moi, je suis humain. Je ne suis pas capable de lire dans ta tête. Donc, j'ai besoin de ta participation pour qu'ensemble, on puisse travailler. Toi, tu vas m'apporter un contenu. Moi je suis là pour t'aider, pour t'accompagner par rapport à l'objectif qu'on a déterminé ensemble, et pour trouver ensemble les outils qui vont t'être utiles, en fonction de tes besoins, pour que tu grandisses et que tu te développes. Donc, je suis là pour t'accompagner là-dedans. Je vais t'écouter. Je vais être prêt à trouver des moyens qui vont te convenir mais pour ça, il faut que tu participes. (8.T)

Je dis toujours au client : « ce n'est pas moi qui décide qu'aujourd'hui, on va parler de ça. C'est votre responsabilité d'arriver avec les thèmes, de savoir un peu de quoi on va parler. Le client aborde ce qu'il décide mais, en même temps, en essayant de rattacher ça à nos objectifs. Il doit tenter de rattacher ça à ses difficultés, et aussi de faire des liens comme la « métacognition » [...] En fait, c'est de rattacher ça aux objectifs, de rattacher ça à ses difficultés en général, et faire des liens. Et moi, là-dedans, je vais être là pour le guider et l'accompagner. (10.T)

C'est sûr que dans ce rôle d'accompagnateur là, il faut faire attention pour à ne pas teinter l'autre personne de notre propre couleur. Je veux dire qu'on a beau être ceux qui ont la connaissance théorique, je pense que le rôle de l'accompagnateur n'inclut pas le mandat de donner des conseils ou de dire aux clients quoi faire. Je pense que c'est beaucoup plus de les aider à reconnaitre leur propre dynamique et le genre de situation qu'ils ont tendance à reproduire dans leur vie afin, ultimement, qu'ils arrivent eux-mêmes à identifier ce qui leur convient le mieux pour leur épanouissement et leur bien-être personnel [...] Donc, accompagner, oui. Supporter la personne et l'aider à reconnaitre certains patterns et représentations personnelles, oui. Mais je considère qu'il est fondamental que l'accompagnateur ne glisse pas dans le rôle de celui qui dit quoi faire ou ce qu'il pense [...] C'est beaucoup plus de guider l'autre dans son travail d'exploration et de reconnaissance. (11.H)

Le rôle est clair dès le départ [...] Je ne suis pas moralisateur, je ne dis pas quoi faire, je ne donne pas mon opinion. J'accompagne. Je vais poser des questions. Je vais pousser la personne à pousser sa réflexion plus loin, à se remettre en question, à peser les pours et les contres [...] Mais ce n'est pas moi qui va imposer ou qui va décider.

Ça fait que je vais accompagner la personne. Au même titre qu'une fois que l'évaluation est terminée, j'explique à la personne qu'à partir de la prochaine rencontre, c'est à elle de choisir la thématique dont elle va vouloir parler durant la rencontre et moi, que je vais respecter cette thématique-là. (6.P)

3.23

Bien dans mes tâches, je demande souvent à mon client quelles activités ou quel style qu'ils aiment. Je te donne un exemple : « est-ce que tu aimes mieux que je travaille avec mon ordinateur, que je te fasses des schémas ou que tu aimes mieux qu'on fasses des dessins? Veux-tu qu'on travaille avec le tableau? Quelles modalités que tu préfères? » [...] J'aime ça savoir à ce qu'elle s'attend de moi puis moi, je vais lui expliquer que je m'attends à ce qu'elle participe et s'implique dans les tâches qu'elle va avoir elle-même choisies. (9.T)

C'est important pour moi. Le client doit savoir certaines informations afin qu'il sache pourquoi on fait telle ou telle chose. Surtout pour les techniques TCC, pour que la personne le fasse dans son environnement, c'est parfois très anxiogène. Il faut que la personne sache un peu comment est-ce que cela marche, pourquoi je fais cela. Ça va donc être d'expliquer à la personne le modèle, les exercices [...] Cela va aider à son processus de réflexion à la maison et à appliquer les stratégies, et aussi à conscientiser les stratégies pour que la personne puisse généraliser ses acquis à d'autres situations et qu'elle n'ait plus besoin de ma présence pour le faire [...] Je vais aussi prendre le pouls aussi de ce que la personne se sent capable de faire. Si je vois que c'est sous-évalué, je vais regarder avec elle : « on peut peut-être essayer telle chose et on reviendra la semaine prochaine pour voir si c'était adéquat ». La personne se sent libre. (1.T)

J'offre parfois des travaux pratiques d'écritures ou des méthodes expressives de dessins, ou des agendas. Quand j'ai des gens qui ont des dépendances à l'internet ou des choses comme ça, avec des agendas dans lesquels ils cotent à chaque moment de la journée, disons « à combien, sur dix, ils sont anxieux » ou « c'est quoi leur fréquence de consommation des billets de loteries? » [...] Pour amener à objectiver le comportement, j'ai plusieurs formes de travaux pratiques que j'offre à mes clients. (8.T)

3.24

Bien, l'exemple qui me vient en tête, c'est cette femme qui a arrêté la thérapie [...] Elle a dit, là, je préfère pour l'instant arrêter. (7.P)

Quand il y a eu RA, les clients ne sont pas revenus. Je n'ai pas pu... C'était fini, fini, fini... Soit que j'avais un message sur le répondeur me disant qu'ils allaient mettre

fin au suivi. Et je n'ai donc pas pu re-rencontrer ces personnes-là. Donc, c'était fini. C'est quelque chose que je n'ai pas pu travailler. (3.P)

Une fois, j'ai confronté une cliente à la souffrance que son conjoint ressentait suite à des accidents [...] dès qu'elle entendait son conjoint pleurer, se lamenter de ses souffrances, elle mettait toutes sortes de stratégies d'évitement cognitif pour éviter de ressentir cette douleur-là. Moi, en thérapie, je l'ai amenée à se connecter sur le plan émotif à la souffrance qu'elle entendait et à l'écho que ça trouvait dans sa propre souffrance. Et là, ça a été fini. La cliente trouvait que c'était beaucoup trop pour elle. J'ai vu qu'elle commençait à patiner et elle a dit « ah, j'ai envie de dire des affaires mais je n'ose pas, ça ne m'arrive pas. Je n'ai jamais fait ça » [...] Elle ne s'est jamais représentée en thérapie. (2.H)

Heu.., je n'en ai pas vécu, des RA. Des vrais-là. Je veux dire qui ne sont pas revenus [...] J'ai vécu des minis RA. Il y en a eu plein des petites, là, mais pas des vrais. (9.T)

3.25

Oui, ça arrive que le client est moins là, qu'il est plus reculé, qu'il est moins ouvert ou qu'il est plus rébarbatif à tout ce qu'on dit. Comme s'il ne veut plus s'ouvrir... Oui, ça arrive qu'il y ait cette variation-là [...] Ce n'est pas nécessairement une RA. Le client peut se retirer un peu. Pour moi, il n'est pas en rupture, là. C'est juste des « fluctuations ». Il n'y a pas de grands termes théoriques de même. Désolé, là, mais pour moi, c'est une *fluctuation* de l'alliance, pas une rupture. C'est un mouvement relationnel, comme on pourrait dire. (7.P)

Oui, bien si l'on parle plus d'une « déchirure », comme j'appellerais ça, et non pas d'une « explosion », comme dans l'exemple que j'ai donné. Là, j'ai senti que c'était une explosion. Une explosion de la thérapie, pas seulement de l'AT, mais de la thérapie au complet. (2.H)

Bien, moi je ne dirais pas qu'on parle nécessairement d'une RA. Je ne pense pas que la cliente dont je te parle se considérait en « rupture » de lien avec moi... Il y avait possiblement un désaccord, mais je ne serais pas prêt à dire que notre alliance s'en trouvait brisée pour autant, même temporairement [...] Ça, pour moi, ces évitements-là, c'est plutôt des micros RA. (9.T)

C'est variable, c'est dynamique, cette alliance-là [...] Des fois, il y a des clients qui arrivent, ils ne veulent pas. Regarde, il y a en a un qui est parti, la semaine dernière. Il avait les yeux gros de même. Il avait oublié son reçu, ce qu'il n'oublie jamais. J'ai dit : « ah! Il s'est passé quelque chose ». Je ne sais pas s'il a entendu entre les lignes quelque chose que j'ai dit, mais il ne m'aimait pas beaucoup quand il est parti, je pense. Il y a quelque chose que j'ai touché. Je ne suis pas sûr qu'il me trouve aussi

gentil, puis que l'alliance est encore là [...] Il n'y a pas de bris de l'AT, mais elle est tordue, là. (7.P)

3.26

Je pense qu'elles sont essentielles car on est à la base même du processus thérapeutique réparateur [...] Parce que, justement, les difficultés du client, règle générale, on est à peu près toujours là, lorsqu'on s'approche d'une RA. Je trouve que c'est l'endroit où la réparation se fait le mieux, le plus clairement. Et, en même temps, ça fournit une quantité incroyable de matériel clinique [...] Ça donne par exemple une foule d'informations sur toutes les influences parentales, toutes les influences dans le présent, aussi, et de comment la personne peut réagir [...] Donc, c'est sûr que je vois la pertinence de savoir « travailler ça » les RA. (1.T)

Selon moi, c'est surement un des aspects les plus importants de la relation thérapeutique [...] Je pense que c'est là que ça se joue... dans le sens que quand il y a une rupture, il y quelque chose qui se passe dans la relation. Il y a une différenciation. Le client et moi on n'est plus en fusion [...] C'est bien, ça doit arriver. On est deux. On est différents. Nos états affectifs, nos besoins changent, et ils changent pas nécessairement en même temps et pour les même raisons [...] Je rajouterais que c'est là que les compétences du thérapeute sont mises à l'épreuve... Bon, je vais parler en je... Comment je vais gérer la réaction du client? Le droit à l'erreur que je m'accorde. Comment je vais me dénoncer moi-même dans mes fautes d'interprétation et de décodage? M'excuser et parfois être plus exigeant... C'est un peu ça être en relation, et c'est pas différent dans la relation thérapeutique. Sauf que là, j'ai un rôle. On me paye pour faire cette tâche de donner du sens aux ruptures qui surviennent, selon les patterns relationnels dans lesquels ils s'inscrivent [...] Je pense que c'est en grosse partie ça qui est thérapeutique, de réparer les ruptures. En fait, pas juste de les réparer pour rester en accordage ou dans une espèce de fusion ou une relation d'aide de support, mais de les réparer de façon à co-créer un sens qui va permettre un nouveau dénouement [...] une façon d'être différente. (12.H)

À mes yeux, le fait de savoir identifier les moments ou la relation est en rupture, c'est le *most* de la thérapie [...] On ne parle pas d'une simple corde de plus à son arc ou d'une technique qui peut être utile dans certaines circonstance. À partir d'un optique de l'intervention, ça m'apparait plutôt comme un passage obligé [...] Je me questionnerais d'ailleurs sur la pertinence clinique d'une démarche de psychothérapie s'il n'y avait jamais de moment de RA, peu importe le degré d'intensité [...] J'entends la voix de Perl qui disait qu'*à un moment donné, il va bien falloir que ça fasse mal* [...] On ne peut pas toujours être le bon objet pour nos clients. Ce ne serait non seulement pas pertinent d'être toujours d'accord et d'aller toujours dans leur sens [...] En fait, je crois pas que c'est possible d'être toujours syntonisé à 100% sur l'expérience du client. La question n'est donc pas de savoir s'il y a des RA ou non.

C'est inévitable et c'est bien correct. D'un point de vue clinique, c'est plutôt d'arriver à les reconnaitre et d'être capable de les aborder avec le client, afin de les utiliser pour renforcer le travail. (11.H)

3.27

Ça dépend, il peut y avoir plusieurs façons de faire. La personne qui ne répond pas vraiment. Elle va hocher de la tête, mais je ne sens pas d'implication de sa part [...] Ou si elle n'est pas capable de rien me proposer de concret, d'opérationnaliser son idée du changement. [...] Ou la personne qui se replie, que je sens qu'il n'y a pas vraiment de retour, ou encore que je n'arrive pas à lire clairement qu'est-ce qui se passe, ou que je sens qu'il y a une brisure dans le rythme de la séance [...] Il peut aussi y avoir la personne qui consent trop facilement, mais je sens que ce n'est pas habité [...] Je dirais aussi le ton qui change, ou qu'on sent que la personne devient hostile mais ce n'est pas nommé directement. On voit des crispations du visage, ils reculent sur la chaise, etc. [...] Il y a aussi quand c'est dit ouvertement et que la personne te laisse savoir directement son désaccord ou son insatisfaction [...] Quand c'est dans le registre de la confrontation, c'est toujours plus évident parce que c'est dit directement. Il y a moins de place à l'interprétation. (1.T)

Il y a plusieurs indices qui peuvent nous mettre sur la piste d'une RA. Par exemple quand je sens que le client n'est plus avec moi, qu'il est plus silencieux, ou encore qu'il se met à donner plein de détails qui ne sont pas nécessairement pertinent dans ce que nous sommes en train d'aborder. Donc toutes les attitudes qu'on peut lier aux ruptures de retrait, comme le désinvestissement, la passivité, la stagnation ou que le client garde pour lui ce qu'il pense vraiment [...] Je porte aussi attention à toute les comportements de conformité. C'est toutes les attitudes qui laissent entendre que le client est possiblement trop facilement d'accord avec ce que je dis ou je propose, un peu comme si ça dissimulait autre chose. Il pourrait comme y avoir un désaccord qu'il ne dirait pas, ou une trop grosse envie de plaire qui l'emmènerait à ne pas toujours dire ce qu'il pense réellement [...] Dans les ruptures de confrontation, c'est sûr que les indices sont plus évidents à observer, compte tenu que c'est plus direct. Le client partage plus clairement ses irritations et ses frustrations [...] Je dirais donc toutes les attitudes d'opposition, de contestation et d'attaque au cadre, à la thérapie ou au thérapeute, comme les critiques sur nos réponses, le prix, qu'ils ne sont pas satisfaits de l'avancement de leur progrès, l'heure du rendez-vous qui ne convient pas, la distance géographique du bureau, etc. ». (11.H)

3.28

J'en vis à chaque séance, avec chaque client... S'il y aucune rupture dans une rencontre, c'est signe qu'on était en sur-accordage, ou fusionné, ou uniquement dans du support [...] Un exemple, tantôt, un client me demande de faire un bilan de son

suivi. C'est drôle, il me demande ça après avoir abordé un sujet potentiellement honteux pour lui. J'ai donc pensé qu'il y avait rupture parce que sa question était complètement hors sujet avec notre discussion et, en régulation affective, je sentais qu'il se passait quelque chose. Qu'on avait abordé quelque chose qui l'indisposait et qu'il voulait me retourner quelque chose... Je lui ai alors demandé comment il envisageait faire le bilan, que j'étais pas certain de comprendre sa demande. Lui, il commence à patiner et m'expliquer qu'il voudrait que je lui exprime comment je trouvais qu'il avait changé et sur quoi il s'était amélioré... Je suis resté silencieux et j'essayais de voir ce qui se passait en moi et je n'arrivais pas à saisir, mais quelque chose n'allait pas. En même temps, sa question était légitime. Il a le droit de savoir. Je me suis demandé si c'était pas mon enjeu de compétence qui me bloquait à répondre parce que j'étais comme figé. Je ne savais pas trop quoi répondre à ça, ou si c'était lui qui essayait de me mettre dans une position inconfortable, dans lequel j'aurais à livrer un genre de prestation, peut-être pour détourner l'attention de quelque chose de plus important qui se passait. Je lui ai donc reflété que je trouvais sa demande légitime et importante et que ça me ferait plaisir d'y répondre, mais que j'avais l'impression qu'autre chose se passait. Je lui ai demandé ce qui l'amenait à me faire la demande à ce moment précis. Il a commencé à patiner encore, m'expliquant comment je pourrais répondre à sa question. De fait, il a commencé lui-même à faire son bilan et au milieu d'une phrase, il m'a mentionné qu'il y avait effectivement autre chose qui se passait. On a ensuite été capable de nommer qu'il se sentait inférieur, humilié du sujet qu'on discutait. (12.H)

3.29

Je dirais que je fonctionne beaucoup au senti, à mon état interne [...] Pour moi, c'est beaucoup une question de « feeling », de comment est-ce que je perçoit que le client se sent. (7.P)

C'est un peu la même chose que l'établissement d'un bon lien; c'est encore un vécu « senti ». Tu dis quelque chose, la personne en face de toi réagit... Lorsque tu es en lien avec quelqu'un, il y a une espèce de fluidité entre les deux personnes, tu connais un peu le rythme de la dynamique. Il arrive un moment où le rythme est brisé et manifestement il y a quelque chose qui n'est plus pareil. Le contact ne passe plus de la même façon [...] Il y a marqueurs verbaux et non verbaux. La personne regarde ailleurs alors que ce n'est pas son mode relationnel avec toi habituellement [...] On sent qu'il y a quelque chose qui ne va pas. C'est soit que le ton a changé, la posture, le regard. Je vais alors sentir un malaise apparaitre. (2.H)

3.30

Je dirais que c'est quand j'ai l'impression de n'aller nulle part [...] Mon objectif, en partant, c'est d'avoir l'impression qu'on est sur la même longueur d'ondes. Peu

importe le client, ce que je vise toujours, c'est qu'on chemine vers quelque chose, qu'on fasse des petits bouts de chemins. Donc, je dirais que quand j'ai l'impression que ça s'éparpille dans toutes les directions, je pense que ça c'est un bon signe qu'il y a RA [...] Ça dit tout, dans le sens que c'est un indice que la personne s'est fermé non verbalement. Je veux dire qu'elle amène des sujets plus superficiels, et donc moins émotionnels. Bref, elle n'est pas en train de s'investir. (5.T)

Pour moi, c'est quand qu'il n'y a pas de relation. Les tâches thérapeutiques peuvent bien se dérouler, mais il n'y a pas de relation [...] Je lui pose des questions sur son vécu psychoaffectif et elle me parle de sa fin de semaine de pêche. C'est complètement inadéquat, selon moi. Je sens que l'alliance est en train de s'effriter parce que même si nous sommes en coprésence, on ne parle pas de la même chose, donc nous ne sommes pas en alliance du tout. C'est comme si c'était un spectacle de thérapie, ce n'est pas un vrai contact. (2.H)

Je dirais que quand je perçois un changement, que la personne ne veut pas s'impliquer [...] Il y a aussi les réponses récurrentes, celles qui reviennent tout le temps. Comme mon client qui me disait tout le temps : « ah, je m'en fou ». Il y a aussi les réponses neutres, comme celui qui répondait toujours sans vraiment rien dire, du genre, justement : « pas vraiment. Ça se peut... ». De quoi de très simple. Le genre de réponse vague, qui ne veut rien dire et qui revient tout le temps. (8.T)

Si les tâches et les objectifs proposés ne sont pas mis en action par un client, ça peut être un indice. Mais au niveau affectif, l'exemple de RA que je pourrais donner, ça serait quand les clients arrivent et qu'ils se mettent à parler de rien pendant une heure. Je veux dire qu'ils demeurent très factuels, qu'ils parlent des autres, de ce qu'ils ont fait. Bref, parler de blablabla pas très significatif. Et même quand on essaie de les ramener ça, ça ne lève pas [...] Et aussi les ruptures dans le discours. Qu'on reste dans le blabla factuel et qu'on parle de rien d'important. (4.T)

3.31

Bien, il y a les absences et les retards; c'est les deux premiers indices. C'est très, très, physique. Le client le dit presque clairement, justement : « je ne viens plus. Je ne me présente pas. J'arrives tout le temps en retard ». Comme je dis, ça, c'est assez évident, car c'est vraiment agis clairement. (8.T)

Je dirais lorsque je sens qu'il se passe quelque chose au niveau de l'engagement du client. Disons quand le client commence à être plus en retard, qu'il manque des rendez-vous. Au pire, aussi, il y a quand il ne revient plus du tout. Là, tu te rends compte qu'il y a eu une brisure et qu'on a atteint un point de non-retour. Mais sinon, mon premier indice se situe au niveau de l'engagement du client. (10.T)

Je dirais aussi les absences. Je veux dire les absences du genre dernière minute, qui ne sont pas nécessairement motivés. Ou encore les retards. (4.T)

3.32

Je ne veux pas les éviter. Elles sont inévitables, dans la mesure où il va toujours y avoir un client que tu vas être trop direct, que tu vas finir par faire réagir. Je veux dire que la RA va finir par arriver de toute façon [...] Des clients qui font de l'évitement ou de la confrontation, c'est inévitable. Ça fait que je ne m'attends pas à les éviter [...] mais comme je te disais, je suis capable de les éviter [...] J'ai différentes stratégies que je peux utiliser. Évidemment, plus que tu es flexible avec ton client, moins qu'il va y avoir de ruptures de confrontation [...] Donc, si tu veux moins de confrontation, tu t'ajustes davantage. Mais tu n'auras pas de réaction non plus. (9.T)

Bien je ne les évite pas nécessairement [lire les RA] [...] Elles peuvent être une bonne ou une mauvaise chose, cela dépend de ce qu'on en fait, de comment on les rachète. (1.T)

De manière générale, je n'ai pas tendance à éviter les RA [...] J'aimerais pouvoir dire le contraire mais c'est sûr que malgré moi, de manière plus ou moins consciente, pour toutes sortes de raisons, je dois en éviter. Parce qu'une journée je ne file pas, parce que je n'ai pas le gout de toucher à certaines émotions d'un client X, parce que j'ai manqué certains signes, parce que sans m'en rendre compte, ça touche à certains enjeux personnels, etc. [...] Bien, je ne cherche pas à les créer mais, de manière générale, je ne cherche pas directement à les éviter non plus. C'est bien trop riche en matériel clinique [...] De toute façon, je pense que comme dans toutes relations, les difficultés et les moments d'incompréhension sont normales. Dans notre travail, il faut apprendre à les adresser [...] Plutôt que de les éviter, je tente de me servir de ces moments d'incompréhension ou de déconnexion émotionnelle afin d'avoir accès à l'univers affectif de mon client, dans le plein contact, puisque c'est là que se jouent et se rejouent ses vraies reproductions relationnelles. (11.H)

Je n'essaie pas de l'éviter. Si ça arrive, ça arrive, et je compose avec une fois que c'est là. Mais j'ai compris que forcer pour éviter quelque chose, ça empêche de mobiliser une défense contre quelque chose... et peut-être que le bris de l'alliance va être le meilleur indicateur pour la thérapie et sur ce que la personne a besoin. Donc, je ne veux pas éviter de briser ou égratigner l'alliance. Si ça arrive, c'est parfait. Et si ça n'arrive pas, bien c'est le même prix. Pour moi, ce sont des indices thérapeutiques que je ne cherche pas à éviter. (2.H)

3.33

Pour être sûr, je le demande toujours au client à la fin de la rencontre comment il s'est sentit aujourd'hui dans la relation, juste pour valider. Mais je le sens quand même si la personne se sent plus ou moins à l'aise C'est quelque chose qui me préoccupe et sur laquelle je m'attarde [...] Sinon, je vérifie aussi dans les entretiens, comment est-ce que ça s'est passé pour eux. J'essaie vraiment de m'assurer, d'une certaine façon, de la satisfaction du client [...] pour être capable d'identifier ce qui a été favorable et ce qui a moins bien fonctionné avec ce client-là. (3.P)

Bien là, c'est sûr que j'essaie qu'il n'y ait pas de rupture... Ça fait que j'imagine que oui, ça doit être une manière d'éviter une RA [...] Comment j'évite les RA...? Heu... (long silence)... Bien... Par exemple, si je panique, je vais dire à la personne ce qu'elle veut entendre et je vais essayer de m'enligner sur ce qu'elle veut. Donc, je vais probablement dire n'importe quoi pour lui faire plaisir, simplement pour qu'elle ne coupe pas l'alliance. (5.T)

Éviter les RA... (long silence)... Comment je m'y prends? Hum... (long silence)... Je dirais en restant professionnel... De m'assurer que ma démarche a une cohérence et rester le « clinicien flexible »... L'important, c'est de savoir ce que tu fais, quand tu le fais, et pourquoi tu le fais. De ne pas tomber dans le voyeurisme ou dans l'amateurisme, ou encore la curiosité pour être curieux... Puis je rajouterais être cohérent avec mon approche, et donc que la personne se sente respectée. Parce que pour l'avoir vécu personnellement, d'arriver en thérapie, c'est un « gros move ». De dire : « je m'en vais rencontrer un étranger, je vais lui compter ma vie, je vais lui compter mes plus grosses peines, mes plus grosses faiblesses, mes plus grandes angoisses » [...] Ça fait que j'ai un grand respect pour le client qui vient me rencontrer et qui vient mettre ses tripes sur la table, devant moi. Je considère que je suis privilégié qu'il vienne me compter sa vie comme ça. Ça fait qu'à mon avis, c'est la chose la plus importante : qu'il sente qu'on le respecte. (7.P)

3.34

Si c'est des mouvements de retrait, dans les rencontres, j'ai tendance à respecter ça et à ne pas aller là-dedans. Si c'est plutôt des ruptures de confrontation, ce que je fais, entre autres, c'est d'explorer ça avec le client en écoutant ce qu'il a à dire. Donc, d'être à l'écoute de ce qui se passe. Mais c'est sûr que j'ai davantage tendance à faire de l'évitement. Je veux dire à éviter et à ne pas aller là-dedans, donc de faire comme si ce n'était pas arrivé. Je sais que ce n'est pas nécessairement la bonne chose à faire mais je réalise que j'ai cette tendance-là [...] Je sais que ce n'est pas correct mais spontanément, c'est ça que je vais faire. (4.T).

Je vais peut-être les éviter si j'ai l'impression que je ne serai pas en mesure de racheter. Oui, peut-être que je vais éviter. Aussi, si je sais qu'une question va déclencher l'hostilité, bien qu'elle soit justifiée, même si l'hostilité ne serait pas dramatique, je vais peut-être éviter de la déclencher. Si je ne pense pas pouvoir le ramener après, je vais avoir une hésitation [...] En général, je ne pourrais pas dire que j'essaye d'éviter. Je ne veux pas blesser, mais cela fait partie aussi processus thérapeutique, qu'éventuellement, certaines choses que la personne peut prendre plus difficilement doivent être abordées. (1.T)

3.35

Je vais facilement me remettre en question. « Qu'est-ce que j'ai fait et pas fait? » sont les deux points qui montent tout de suite. [...] Parce que c'est comme si j'attribue un peu que ma compétence repose sur la réussite de mes suivis. [...] Ça revient souvent à compétence et performance. C'est ça que ça vient chercher dans mes enjeux [...] Il y a l'anxiété qui peut monter face à l'écart entre ce que je voudrais être comme thérapeute et le résultat, notamment, mais aussi face l'écart entre telle intervention que je juge idéale, et celle que j'ai réellement faite [...] Puis c'est sûr qu'il pourrait y avoir tout dans le registre de triste, de décourageant ou déprimant [...] Ça ne me ferait pas vivre de la colère. Elle va plutôt être contre moi-même, de ne pas avoir fait telle intervention [...] C'est toujours mon système de remise en question qui a tendance à s'activer assez vite. Du moment qui se passe quelque chose de possiblement négatif, c'est toute suite le questionnement qui embarque : « est-ce que j'ai fait quelque chose d'inadéquat? Est-ce que j'ai manqué quelque chose »? C'est vraiment tout le temps ça ma réaction première. (10.T)

Ça peut me faire vivre de la honte [...] De la honte, l'impression d'être incompétente [...] J'avais toujours l'impression que si j'en arrivais à générer cela (lire une RA), la personne va vouloir quitter précipitamment la thérapie et que je vais porter cette responsabilité. Je suis capable de voir qu'il y a autre chose que moi, mais... [...] Il y a surtout la crainte que la personne va s'en aller. Que je sois si incompétente, qu'elle le voit et qu'elle s'en aille. Ou que tout simplement, qu'elle soit fâchée après moi et qu'elle s'en aille parce que j'ai fait un geste qui pourrait avoir tout gâché. (1.T)

Bien, pour être honnête, je te dirais qu'il y a toujours un peu l'anxiété de performance. C'est un peu dans l'idée que, s'il y a une rupture, justement, est-ce que je vais être assez compétent pour débloquer ce problème-là? Est-ce que je vais être capable d'en faire quelque chose? C'est sûr que ça, ça constitue une de mes préoccupations. Donc, qu'est-ce que je peux faire? Qu'est-ce qu'un bon psychologue ferait? [...] C'est certain qu'il y a un peu d'anxiété par rapport à ça. Si je vis une RA, ma préoccupation centrale est alors de : « à quel point je vais être capable d'aller chercher le client? À quel point je suis un bon psychologue, efficace, qui est capable d'aider les clients dans toutes circonstances. Malgré qu'une grande partie provient de

nos clients eux-mêmes [...] Puis l'autre facette, c'est un enjeu qui est personnel et que j'ai décelé durant mon dernier internat. En gros, j'ai réalisé que c'est important pour moi d'être aimé de mes clients. Donc, justement, quand je sens qu'il y a un blocage, une tension ou une déconnexion de notre lien, je ressens un malaise important. Je deviens alors anxieux et je suis comme « bon qu'est-ce que je peux faire pour l'accrocher? ». Je ne le fais pas uniquement pour être un bon psychologue efficace, et pour aider mon client, mais aussi parce que je veux que mon client m'apprécie. Je veux qu'il se sente à l'aise avec moi [...] Je me suis rendu compte que ça me rend inquiet. C'est souvent dans mon esprit de à quel point : « non, il ne m'aime pas. Il ne vient pas parce qu'il ne m'aime pas. ». Ça fait que j'essaie d'en faire encore plus. (8.T)

Je panique [...] Mon premier réflexe, c'est de patiner. Je veux dire que je le sens, je le vois et là, immédiatement, ma réaction c'est d'essayer de toutes les manières qui soient de répondre aux besoins de la personne que je sens qui ne sont pas répondus. Ça fait que j'ai tendance à dire ce que la personne veut entendre et d'être d'accord avec tout ce qu'elle dit [...] Par exemple, si je panique, je vais dire à la personne ce qu'elle veut entendre et je vais essayer de m'enligner sur ce qu'elle veut. Donc, je vais probablement dire n'importe quoi pour lui faire plaisir, simplement pour qu'elle ne coupe pas l'alliance [...] Je réagis comme ça émotivement parce que j'ai sans doute peur d'avoir fait une erreur ou ça fait que je cherche vite à récupérer la situation. (5.T)

3.36

Je suis très à l'aise et je ne crains pas de l'aborder directement, quand je sens une rupture possible [...] Je me laisse quand même du temps, parce que je veux vraiment être sûr d'avoir un genre de convergence d'indices. Tsé, je ne veux pas juste me fier : « là, c'est plate depuis 10 minutes » et donc de dire : « ça tourne en rond ». Je ne vois pas ça comme une RA. Mais tsé, si ça se répète depuis 2 ou 3 séances et que je vois une espèce de « pattern », je prends le temps de l'adresser. On arrête tout sur le champ. On parle juste de nous, de notre relation [...] Je suis très sensible à quand je sens que le client est différent et je suis donc très à l'aise d'en parler ouvertement quand je sens une RA. (9.T)

3.37

Bien, je dirais que ma réaction affective se situe à divers plans. Pour mieux l'expliquer, je dirais que je tente toujours d'aborder les RA selon une perspective de « spectateur objectif », c'est-à-dire que lorsque je que je suis avec un client, je tente constamment de me mettre dans un espèce de position externe, ce que j'appelle ma « conscience objective ». C'est la voix qui nous regarde aller, moi et mon client, et qui est là pour m'informer de comment ça se passe entre nous [...] Dans ce temps-là,

je tente non seulement d'analyser comment la personne est avec moi, et ce qu'elle tente de me dire, de ce que ça dit sur elle, mais je cherche aussi à identifier la manière je me sens avec cette personne, et aussi comment on relationne ensemble, elle et moi, de comment ça se passe entre nous [...] Quand je suis en RA, j'essaie de déterminer comment je me sens... « Est-ce que je vis de la honte parce que j'ai l'impression d'avoir été inadéquat? Est-ce que je vis de la tristesse parce que j'ai heurté une zone d'ombre de cette personne sans le vouloir? Est-ce que je vie de la peur que mon client soit irrité de par ma façon d'intervenir? » [...] C'est toutes des réactions affectives possibles qu'il m'arrive de vivre. L'idée, c'est toujours de voir ce que ça dit du client : comment ça se fait que je me sens comme ça avec ce client-là? Est-ce qu'il y a une raison spécifique? Ou bien est-ce que ça parle plutôt de moi et de mes enjeux, par exemple de ma crainte de pas être apprécié par mon client, ou encore de ne pas être à la hauteur, tout dépendamment des circonstances [...] Une fois que j'ai déterminé comment je me sens, je tente donc de réagir avec une sorte de neutralité, si on peut dire, c'est-à-dire que je tente de ne pas me laisser influencer par les réactions affectives et les éléments de ma dynamique qui m'appartiennent [...] L'idée, en gros, c'est de garder ça à distance mais pas trop loin, si on veut, pour que je puisse m'en servir comme du matériel qui peut m'informer sur mon client et sur notre façon d'être ensemble. (11.H)

3.38

Ce genre de retrait-là, ça arrive quand même assez souvent [...] Je pense au client qui n'élaborait pas beaucoup, lui, c'était assez difficile. J'ai essayé de lui multiplier mes questions. Je revenais sur ce qu'il disait. J'essayais tout le temps de le relancer pour trouver les filons qui allaient le faire parler un peu plus. À certains moments, même, je lui ai mentionné comme quoi j'avais l'impression que ça ne lui tentait pas d'être là, parce que ses réponses étaient tout le temps très brèves. Dans ces moments-là, il était très : « ben non! Il n'y a pas de problème. C'est juste que je n'ai rien à dire » [...] J'ai essayé de mettre en place des moyens, mais je n'ai pas l'impression que j'ai vraiment pu tirer quelque chose de ça. Je ne le sais pas si j'aurais vraiment pu en faire plus. Peut-être qu'avec l'expérience, je vais pouvoir trouver d'autres moyens. Pour l'instant, j'ai l'impression surtout que c'est parce qu'il y avait un manque de motivation à collaborer de sa part [...] J'avais beau essayer de trouver le bon filon, de lui poser toutes sortes de question pour le faire parler, je ne sentais pas d'engagement dans le processus [...] Ça reste quand même quelque chose à travailler pour moi, de comment recouper ça. De pouvoir l'aborder ouvertement avec le client. (8.T)

C'est sûr que ça m'arrive de vivre des RA. Souvent même [...] Un bon exemple de rupture de retrait que je pourrais donner qui était en lien avec les objectifs, c'était cet homme dans la jeune trentaine qui avait comme motif de consultation de vouloir améliorer son estime de soi. En fait, il trouvait qu'il ne recevait pas assez de reconnaissance et il estimait qu'avoir plus confiance en lui l'aiderait à être plus

populaire auprès des gens, qu'il « pognerait » encore plus avec les femmes et que sa *business* marcherait encore mieux. Quelque chose de vraiment « *big* », du genre grandiosité, tu vois ce que je veux dire? [...] Après cinq ou six rencontres, quand j'ai senti que notre lien était assez bien établi, qu'il avait confiance en moi, j'ai commencé à questionner tranquillement ce qui faisait qu'il voulait avoir plus de succès, ce qu'il recherchait au travers de ça... Lui, il était habitué de parler de situations pour se mettre en valeur, ou encore de situations qu'il manquait de reconnaissance et quand j'ai commencé à le questionner là-dessus, il changeait invariablement de sujet et se mettait à parler d'autres choses. Je pense que le marqueur clé, c'est que ça devenait très verbeux et je le suivais plus tellement dans ce qu'il me racontait [...] Ça a pris quelques occasions où j'ai dû questionner ce qui était en train de se passer entre nous, lorsqu'il réagissait ainsi [...] En revenant comme ça sur ses objectifs, il a fini par être capable de dire qu'il ne voulait pas parler de ça parce que ça le « faisait chier », que ça l'obligerait à voir qu'il n'est pas rendu où il voudrait être [...] Ça a été long et progressif, mais au travers de ces ruptures-là, on avait pu travailler sa peur de l'échec qui l'empêche de faire des choses qu'il souhaiterait, mais aussi à la sur-importance qu'il accordait à ses résultats et au regard des autres. (11.H)

3.39

La personne avait une crainte qu'elle avait mentionnée à quelques reprises, de ne pas pouvoir s'en sortir, de ne pas s'améliorer, de ne pas devenir une meilleure personne. Elle avait cette crainte que même la thérapie ne fasse pas d'elle une meilleure personne [...] Un moment donné, j'avais dit que cela pouvait être long. Ce n'était pas dans le contexte, en tous les cas, de ce qu'elle avait compris. Elle avait compris, en fonction de sa grille de lecture, mais ce n'était pas ce que je voulais dire. Moi, je parlais de longueur de traitement [...] La cliente est devenue très vague, un peu confuse et distante, et elle ne semblait plus me suivre dans ses réponses [...] Il se passait quelque chose d'important et je l'avais vu. Il y avait même une certaine fierté. Je n'étais pas contente de ce qu'elle vivait, mais on touchait quelque chose. Il y a eu un peu de tristesse de constater que j'avais généré cela, mais en même temps j'étais contente de l'avoir vu [...] J'ai arrêté le rythme de la séance et j'ai dit : « attendez; il y a quelque chose qui se passe et je ne suis pas certaine de comprendre. Manifestement j'ai dit quelque chose, mais je ne suis pas certaine de ce que j'ai dit ». La personne m'a regardée, elle ne parlait pas mais s'est mise à pleurer à chaudes larmes [...] En explorant nos compréhensions respectives, cela a ouvert la porte a plein de choses : la façon qu'elle avait de réagir en clinique, que tout soit parfait, qu'elle tentait toujours d'être une bonne cliente et de tout faire parfaitement pour pouvoir guérir [...] J'avais de la difficulté à ouvrir au niveau relationnel avec cette personne. Cela a permis de le faire, dès que j'ai pu comprendre ce qui s'était passé pour elle. J'ai l'impression que cela a eu beaucoup d'importance, que cela a permis de parler beaucoup plus de ce qui se passait entre nous. (1.T)

L'exemple récent qui me vient en tête, c'est une cliente me parlait de plusieurs efforts qu'elle a fait durant la semaine pour exprimer ses besoins et insatisfactions, notamment avec sa sœur. C'est un thème qu'on travaille depuis un bout de temps; en lien avec l'expression « d'une saine colère » [...] Lors d'une de nos dernières rencontres, elle m'a mentionné un effort important qu'elle a fait pour exprimer à sa sœur comment elle se sent et ce qu'elle n'accepte pas dans les comportements de celle-ci. Je ressentais bien qu'elle voulait que je la félicite, mais j'ai attendu... Ensuite, elle m'a mentionné comment ses amis ne voient pas tous les efforts qu'elle fait lorsqu'elle leur raconte les efforts qu'elle fait dans différentes sphères de sa vie. Je lui ai alors reflété qu'elle aimerait peut-être ressentir que ceux-ci soient davantage fiers d'elle et elle me dit que oui. Je lui ensuite demandé à quoi ça la renvoie d'avoir besoin qu'on soit fier de ses efforts et aussi de rester avec l'impression que ses efforts ne sont pas très importants ou banals. Elle a répondu avec une pointe de déception : « à mon passé j'imagine. À ma relation avec ma mère et mon père » et elle s'est arrêtée de parler et regarde vers le bas... Je lui ai alors dit : « j'ai l'impression que ma question de ramener ça au passé t'irrite un peu? », et elle, elle me répond rapidement : « non, je comprends, c'est ton travail. C'est ça la thérapie... ». Moi, je suis revenu en disant : « je sais que tu comprends, que tu le sais avec ta tête, mais peut-être qu'émotionnellement c'est autre chose... Peut-être ça t'irrite ou ça te fâche que je revienne avec ça...». Elle m'a alors répondu un peu mal à l'aise : « bah, ouais, il me semble qu'on a beaucoup parlé de ça déjà. J'aimerais qu'on parle plus du présent ». C'est là que j'ai dit : « peut-être que t'aimerais ça que je te dise que je suis fier de toi, de tous les efforts que tu as faits » et elle m'a répondu un peu gênée : « oui, c'est certain ». Je lui ai alors demandé ce qu'elle voit dans mon regard, quand elle me conte le travail et les efforts qu'elle a fait au cours de la semaine et elle m'a dit : « de la fierté » et elle est devenue émue... Quand je lui ai demandé si elle avait envie de me poser la question, elle l'a fait et ma réponse l'a vraiment émue [...] Ensuite, ça a ouvert sur un travail du besoin de reconnaissance qui lui a beaucoup manqué et ce qu'elle vient chercher auprès de moi en étant une « bonne cliente », et en « travaillant fort ». Ça a aussi amené à parler des difficulté à être fière d'elle-même, parce qu'elle n'a pas reçu suffisamment de regard positif de son environnement et aussi le « piège » qu'elle travaille uniquement pour me faire plaisir et d'avoir son « *fix* » de fierté. (12.H)

Bien, il y avait une cliente avec qui j'essayais d'explorer un sujet mais que elle, ça ne lui tentait pas. J'ai essayé de différentes façons mais malgré tout, à chaque fois, la personne s'est rebutée. Elle devenait avec une attitude bête et sèche, comme froide et fermée [...] Elle en avait plein son casque de parler de ça mais considérant que c'était un objectif qu'on avait mentionné en début de démarche, j'ai donc essayé différentes portes pour rentrer dans le sujet. En fait, j'essayais de ne pas être confrontant. Je visais à commencer tranquillement mais malgré tout, elle a toujours été très, très, fermée [...] Une chose curieuse, c'est que plus tard, dans d'autres séances, je ne lui faisais même pas de mention, puis elle commençait à parler elle-même ouvertement

du sujet dont elle ne voulait pas me parler [...] Je pense qu'elle voulait beaucoup de contrôle par rapport à la relation, par exemple sur comment la rencontre allait se passer [...] Si je ne la poussais pas trop, elle s'ouvrait davantage mais si je prenais trop le contrôle des échanges, elle se refermait. Je devais donc rééquilibrer les choses en lui laissant plus de contrôle et là, elle se ré-ouvrait. C'était ça la nature de notre dynamique [...] J'ai fini par mentionner que je sentais souvent que c'était important pour elle de gérer la rencontre, par exemple de comment va se passer [...] Elle l'avait reconnu et ça avait aidé à éclaircir certaines choses [...] Mais je réalise en te le disant que j'avais attendu trop tard dans le suivi avant de nommer ça, cette joute-là de contrôle entre nous. (8.T)

3.40

Je réalise en te les rapportant que mes RA n'ont pas toutes été récupérées [...] Soit que je ne les ai pas vues assez vite ou soit qu'il y avait des choses qui étaient hors de mon contrôle. Ça fait que je n'ai pas pu les récupérer [...] J'ai une autre cliente qui venait pour des symptômes dépressifs puis elle, elle était toujours dans l'impuissance et elle m'amenait dans cette impuissance-là, quand on était ensemble en rencontre. En fait, la dernière rencontre qu'on s'est vu, elle s'est présentée avec 20 minutes de retard. Puis à chaque fois que j'intervenais pour sortir de cette impuissance-là, c'est comme si j'étais tout le temps contrecarré dans mes interventions. Sur le coup, je ne le voyais pas. J'étais comme : « bien voyons, qu'est-ce qui se passe? ». Je ne l'avais comme pas perçu et je ne l'ai donc pas nommé. C'est juste à la fin, quand j'ai revu la vidéo avec ma superviseure que j'ai réalisé : « bien voyons donc, elle était continuellement en train de me réfuter » [...] C'est comme si, à ce moment-là, j'ai eu mon feeling mais que je ne l'ai pas écouté. Ça fait que c'était dans le lien affectif avec elle que ça été brisé. Parce que les autres choses, les objectifs et les tâches étaient quand même clairs. C'était vraiment dans le lien affectif que ça a brisé, mais je ne l'ai pas exploré. (10.T)

Bien, je pourrais aussi nommer une cliente d'il y a deux ans à qui je pense. Elle ne faisait pas les lectures que je lui conseillais de faire. Pour moi, c'est un exemple de désengagement. Je ne le sais pas si c'est vraiment une RA, mais je me souviens qu'elle voulait lâcher sa thérapie. En fait, on sentait qu'elle était entre deux chaises. Je me souviens que j'avais beau essayé de mettre un peu de relation, de laisser passer un peu d'émotif, ça ne marchait pas. Est-ce qu'elle s'était coupée de l'alliance...? Il y a peut-être eu une RA, mais pas une rupture du lien [...] Je dirais c'était plus au niveau des tâches à accomplir; que moi je pensais qu'elle devrait faire ses lectures pour avancer mais qu'elle, elle ne les faisait pas [...] Je me souviens qu'elle était vraiment très hésitante et elle a fini par arrêter son suivi [...] On n'en avait pas vraiment discuté. Je me souviens qu'elle était vraiment très découragée [...] Elle avait laissé un ou deux messages, genre pour avertir de son absence ou parce qu'elle retournait mon appel, et elle a fini par juste plus revenir [...] On sentait bien que cette

femme-là n'était pas vraiment investie dans son suivi... C'est sûr que c'est plate, mais il faut bien reconnaître que ça n'avançait pas bien, bien, de toute façon. (5.T)

Dans cet exemple-là, c'est moi qui a voulu arrêter. C'était un client qui était très passif-agressif. À chaque fois que je proposais quelque chose, il ne se passait jamais rien. Dans la relation thérapeutique, aussi, c'était tout le temps des réponses brèves du genre : « oui, non, je ne le sais pas, peut-être... ». Et le pire, c'est que j'ai été super longtemps là-dedans. À chaque semaine, c'était toujours la même histoire. À un moment donné, c'est moi qui n'étais plus capable de me relier à cette personne-là pour l'aider. Donc, c'est là où c'était mieux d'arrêter [...] L'engagement mutuel de collaboration n'était plus là de mon côté et j'ai fait comme : « *fuck off* ; on arrête ça. Ça ne marche pas et ça ne me tente plus ». [...] Je vois donc là une rupture dans le sens de désynchronisation, dans la mesure où la synchronisation avec cette personne-là était difficilement possible, car à chaque semaine, c'était à recommencer. C'est comme si à chaque semaine, il fallait rétablir le lien [...] Je n'ai rien mentionné. Je lui ai juste dit qu'on arrivait à la fin du suivi et je lui ai offert de transférer son dossier à un autre étudiant pour la prochaine session [...] Au départ, ça m'a fait beaucoup d'incompétence, mais après coup, je l'ai retourné vers lui en me disant : « c'est parce qu'il ne veut pas, dans le fond ». Il a fini par le dire lui-même, d'ailleurs, qu'il ne voulait pas sortir de sa situation. (4.T)

Bizarrement, avec cette cliente-là, j'avais tendance à donner des tâches. Notamment parce qu'elle arrivait toujours un peu éparpillée. Je lui disais alors des trucs du genre : « bien, peut-être que si vous faite une liste concernant telle ou telle affaire, ça va peut-être vous aider à voir plus clair ». Elle, évidemment, elle ne la faisait jamais et puis elle me disait : « ah, bien je n'y arrive pas »... Moi, je ne revenais pas forcément là-dessus, car c'était davantage des propositions [...] Je me souviens notamment d'une fois ou je lui avais donné une lecture à faire [...] Mais ça non plus, elle ne l'avait pas fait. Elle était revenue en disant : « j'ai été vraiment débordée au travail et je n'ai pas eu le temps. Mais je vais le faire...» [...] Je ne pourrais pas te dire si elle l'a fait plus tard; on n'en a pas reparlé [...] Je n'ai jamais exploré ça avec elle pourquoi elle ne faisait jamais ses devoirs... de si ça signifiait quelque chose ou que c'était une rupture de notre alliance. (3.P)

3.41

Moi, je travaille beaucoup avec la motivation [...] J'aime ça quand ça bouge, quand il y a de l'action. C'est stimulant [...] Est que je suis motivé à aller voir mon client? Puis est-ce que mon client est motivé à venir dans ma thérapie? Si les deux on est motivé, je trouve qu'on a une bonne alliance [...] Pour moi, c'est important les résultats. Il faut sentir qu'on avance [...] Pour que le client garde sa motivation, il faut qu'il sente qu'il y a un progrès [...] C'est important que le client trouve ça excitant de venir en thérapie, qu'il ait hâte de venir et qu'il trouve ça le fun [...] Si tu

veux qu'il y ait un avancement thérapeutique, il faut qu'on aille rentrer là-dedans. « Veux-tu venir en thérapie ou pas? ». On en revient à la motivation de la personne. Si je crois pertinemment, en tant que thérapeute, qu'il faut aller là-dedans et qu'il faut travailler telle ou telle affaire, et qu'on s'est entendu pour ça, mais que toi, tu n'es pas capable ou que tu ne te sens pas prêt. Il faut alors mettre les choses sur la table. Ça se peut qu'on ne soit pas capable de s'entendre. Un moment donné, tu ne peux pas trop t'ajuster au client. Il faut que tu gardes un peu ton indépendance professionnelle [...] Si le client ne veut pas parler de sa mère, moi je ne peux pas le forcer. Mais tu as une limite d'ajustement. Moi, elle est là. C'est mon jugement professionnel. Je peux m'ajuster, mais il y a une limite. « Tu ne veux pas en parler tout de suite, pas de trouble. On va parler d'autres choses. Mais un moment donné, après 20 séances, là, il faut y aller [...] « On va arrêter puis quand tu seras prêt, reviens me voir. Je ne te ferais pas dépenser 100$ pour tourner en rond ». (9.T)

En réalité, le client que je trouve le plus difficile, c'est le *flat seven-up*, celui qui est neutre, là. Il n'y a aucune fluctuation dans la relation. Tsé, lui, tu as envie de lui dire : « get a life, man, ostie ». Ça, ça correspond vraiment à mon fantasme. C'est de mettre un pétard à mèche à la bonne place, de l'allumer et de dire : « allume-toi, man! Tu n'as pas de vie, ostie! »... Lui, je le trouve plus difficile. Celui que ça bouge, que c'est variable, c'est plein d'informations [...] Comment qu'on fait, quand qu'il n'y a pas de mouvement, à part de lui mettre un pétard à mèche? On adresse le fait qu'il n'y a pas de mouvement? Qu'on immobilise quelque part? [...] Ce genre de fluctuations là, ça ne me dérange pas. Surtout les brisures de type confrontations [...] Enfin, ça bouge. Il y a de l'action. Le client désire quelque chose [...] C'est à travers de ces mouvements-là qu'on travaille la relation, qu'on travaille les enjeux de la personne. C'est essentiel [...] Je ne trouve pas ça difficile quand ça survient. Au contraire [...] C'est jouissif, au point de vue thérapeutique. Aye! Il se passe quelque chose. (7.P)

3.42

Cette fois-là, je l'ai juste écouté [...] Je pense que je lui avais renvoyé la question : « qu'est-ce que vous venez chercher? Qu'est-ce qui ne vous satisfait pas, présentement? ». Au fond, j'ai été davantage capable d'assumer sa colère, et de la questionner par rapport à ça [...] Ce coup-là, je ne l'ai pas pris sur moi. Dans le fond, je ne l'ai pas pris comme qu'elle n'était pas satisfaite de ce que je lui offrais comme service. Je l'ai plus pris comme qu'elle se sentait mal et qu'elle était frustrée de ne pas se sentir mieux... Donc, d'explorer avec elle et de plus chercher à l'accueillir dans sa frustration, plutôt que de m'en défendre. Bref, je l'ai accueilli sans le prendre sur moi [...] Ça été très bénéfique pour l'alliance et le processus qui a suivi parce que d'avoir accueillis ça, ça lui a permis de s'ouvrir et de devenir très émotive et qu'on connecte à un autre niveau. (4.T)

Au niveau de la confrontation, je pourrais te donner comme exemple un client que ça avait sauté pas mal fort. Il était venu consulter car son patron trouvait qu'il était agressif avec les autres employés [...] C'était un type très narcissique qui m'était apparu antipathique à peu près instantanément, sur le plan du contretransfert. Il était vraiment très vantard et tout était prétexte à se mettre en valeur. Mais c'était vraiment son mépris qui m'horripilait le plus dans sa façon d'être. Il parlait constamment de comment il était un « grand chef cuisinier » sur le point de devenir une sommité, et combien cela engendrait la jalousie chez ses collègues. Dans sa tête, c'est vraiment tout le monde qui était le problème. Jamais lui. Et ça s'est avéré que je suis devenu le problème, moi aussi, évidemment, quand j'ai finalement ouvert la bouche [...] En fait, durant nos premières rencontres, il parlait vraiment « non-stop » et moi, je le laissais reproduire [...] Autour de la 3 ou 4ième séance, je lui ai demandé comment ça se passait entre nous... Il m'avait alors répondu que ça lui faisait du bien de venir « vomir » son trop plein à cause de tous les imbéciles et les incompétents qu'il devait se « taper » à son travail... [rires] [...] Je lui avais alors reflété que son choix de mots était fort intéressant, « de venir vomir », et je lui avais demandé ce que ça disait sur notre « *deal* relationnel » [...] Il s'est mis à projeter *big time* en disant que j'étais sans doute jaloux, moi aussi, et il m'avait fait des remarques au sujet de mon statut de débutant et que je manquais de compétences [...] Il avait même laissé entendre que je devais sûrement être surveillé par un ordre et que j'avais intérêt à faire attention aux plaintes. Mettons que ce n'était pas très voilé, son affaire... [rires] [...] Je lui avais alors demandé s'il était d'accord pour qu'on prenne le temps de bien comprendre, ensemble, ce qui venait de se passer entre nous, pour voir comment on s'était chacun sentis là-dedans [...] J'avais notamment pris la peine de m'excuser et de prendre ma part de responsabilité dans ce qui venait de survenir mais en échange, je lui demandais s'il acceptait qu'on tente de faire des liens entre ce qui venait de se passer entre nous et ses relations à l'extérieur, notamment au travail [...] On s'était laissé pas mal là-dessus et à ma grande surprise, il était revenu la semaine suivante en disant que notre rencontre l'avait beaucoup fait réfléchir. En gros, il m'avait partagé qu'il avait réalisé qu'il s'était pas mal monté la tête en sortant de notre rencontre et avait été en parler à un de ses amis. Une chance, cet ami-là lui avait dit quelque chose comme qu'il fallait qu'il me fasse confiance et qu'il puisse m'en parler à moi, de ses doutes et de son insatisfaction [...] SA façon de réagir à ça m'avait vraiment surpris et on avait vraiment pu faire un méchant millage avec cette RA-là. (11.H)

Comme je disais tantôt, mon champ d'expertise, c'est d'être l'expert de la psychologie. Il y a des clients qui attaquent là-dessus, du genre : « tu connais tu vraiment ça, toi, ces affaires-là? ». Je me souviens en particulier de ce client qui était joueur compulsif, les jeux à l'argent, de hasard. Et ça ne fonctionnait pas du tout pour lui. Il n'était pas capable de se corriger, sur le plan comportemental, et il ne voulait pas avoir accès à son plan affectif. Donc, il n'était pas capable de faire le lien entre son impulsivité de jeu et son comportement de jeu, et il me remettait ça dans les mains. « C'est parce que tu n'es pas bon si je ne suis pas capable de le faire... » [...]

Son message était clair, si j'étais bon, il aurait été capable d'arrêter de jouer [...] Étant à l'aise avec l'autonomie, ça me faisait rire. Je voyais très clairement que c'était une attaque, à quelque part. Qu'il était en train de se débattre, mais il n'était pas capable de voir qu'il fallait qu'il se batte avec lui-même. Donc moi, je lui ai reflété que c'était plus facile de me reprocher à moi d'être un incompétent, que de se reprocher à lui-même qu'il n'est pas être capable de se contrôler [...] Souvent, je monte le volume de ça, quand les clients me confrontent. Pour voir jusque où ça va. Où j'essaie de vérifier. Mais je leur renvoie très vite la balle. (2.H)

3.43

Du moment que le client pourrait ne pas être content, qu'il a des comportements qui font qui pourraient laisser entendre ça, mon bouton s'active [...] Je me sens très anxieuse et démunie dans la colère. L'anxiété monte et je reste mal. (10.T)

Si la personne est hostile, je suis porté à en faire trop [...] Je vais être porté à vouloir qu'elle m'aime et je peux me montrer plus prudent. À y aller sur des œufs, ne pas oser confronter [...] Je vais avoir du mal. Je dois me fouetter un peu et me dire : « il faut que tu passes par-dessus et que tu continues ». (4.T)

Il y a surtout la crainte que la personne soit fâchée après moi et qu'elle s'en aille parce que j'ai dit quelque chose ou fait un geste qui pourrait avoir tout gâché [...] La colère me fait peur et m'intimide. (1.T)

Je me suis rendu compte que ça me rend inquiet. C'est souvent dans mon esprit de à quel point : « non, il ne m'aime pas. Il ne vient pas parce qu'il ne m'aime pas. ». Ça fait que j'essaie d'en faire encore plus. J'en fais énormément pour mes clients, en raison de cette trop grande volonté d'être aimé. (8.T)

3.44

Du moment que le client pourrait ne pas être content, mon bouton de remise en question s'active [...] Je me sens très anxieuse et démunie dans la colère. L'anxiété monte et je reste mal. Il faut que je me régule moi avant de pouvoir transférer à l'autre. C'est le problème [...] Je devrais être concentré sur l'autre alors que je suis concentrée sur moi parce que je n'arrive pas à me réguler [...] C'est surtout quand je sens qu'un client est insatisfait et qu'il pourrait arrêter la thérapie, ça reste un défi important pour moi [...] C'est sûr que j'ai pas envie que mon client soit irrité après moi, pas plus que j'ai envie qu'il arrête la thérapie à cause que j'estime devoir apporter certains sujets dans la démarche. (10.T)

Dans ce genre de situation, je ne dis rien. Je ne fais pas de confrontation et je ne nomme pas ce que je sens [...] J'adopte surtout la position « je comprends tout et je

ne dis rien » [...] C'est plus difficile pour moi quand il s'agit d'une confrontation, qu'on tombe en rupture et que le client est fâché contre moi. C'est dur pour moi qui a tendance à éviter, pour ne pas le faire fâcher [...] Comme je disais, je cherche beaucoup à ce que l'autre se sente à l'aise. Je ne veux pas qu'il se sente pas respectée dans ce qu'il m'amène. Je suis très attentive à ne pas brusquer la personne ou dépasser son rythme. (3.P).

Je suis beaucoup plus à l'aise dans les ruptures de retrait, ça c'est évident [...] Comme je disais, je ne suis pas bien quand je sens qu'un client est fâché contre moi ou que je le déçois dans ses demandes ou ses besoins [...] J'imagine qu'une autre chose qui fait que je suis plus à l'aise avec le retrait que la confrontation est que j'ai le choix, en tant que thérapeute, de pas l'aborder, de faire semblant que tout va bien. Idem pour le client [...] J'imagine aussi que je n'ai pas à toucher des sentiments désagréable comme de la honte que j'aille fait quelque chose de pas bon, que je sois inadéquat. Quand c'est une rupture de confrontation, c'est sur la table. Je dois faire quelque chose avec. Je ne peux pas l'éviter. Aussi, je pense que l'aspect d'évitement permet de se dire : « ah, je vais l'aborder plus tard » ou « ah, ça va repasser ». (12.H)

3.45

Je n'ai pas l'habitude de revenir sur ces situations-là [en parlant de la possibilité de faire un retour sur une RA vécue dans la séance précédente], à moins que ce soit le client qui le fasse de sa propre initiative. Comme je disais, mon réflexe, c'est de paniquer, donc je préfère éviter ça. (5.T)

On dirait que je fais tout, presque à l'extrême, pour que ça reste dans le maintien. Justement, pour que ça ne se brise pas [...] Je ne veux pas quelque chose vienne briser la relation, donc je vais avoir tendance à dire ou ne pas dire certains choses... [...] J'ai toujours tendance à agir de manière à atténuée. Parce qu'on dirait que moi, j'ai peur que ça se brise [...] Pour te donner un exemple si je reviens à l'ajustement, quelque part, c'est particulier mais, de sentir que c'était un enjeu à travailler, et que le client le savait. C'est drôle, les deux ont le savaient. Sauf que, dès qu'on en parlait, « oups », il partait sur autre chose. Moi, je me disais : « ah, c'est trop dur pour le client ». Donc, je n'y allais pas non plus. C'est comme si on faisait de l'évitement, qu'on se suivait... [...] C'était comme : « il évite, j'évite, puis nous continuons ainsi » [...] C'est un peu comme si on faisait un peu un jeu et le défi que j'avais, c'était moi de sortir de là-dedans et de dire : « on a assez joué à l'évitement; il faut que l'on arrête si l'on veut que le processus avance » [...] C'est un de mes gros défis, de ne plus suivre la danse du client, si l'on peut dire... De nommer les éléments cliniques que moi je perçois. (3.P)

3.46

Mes clients, je les aime énormément. Je veux tout leur donner et je veux être aimé en retour [...] Quand je sens qu'il y a une tension ou une déconnexion de notre lien, je deviens alors anxieux et je suis comme « bon qu'est-ce que je peux faire pour l'accrocher? » [...] Pour que le client m'apprécie, je me mets à donner trop de « lousse ». C'est parce que je ne veux pas l'offusquer [...] Ça fait aussi en sorte que je ne confronte pas suffisamment [...] Par exemple, s'il y a plusieurs retards, s'il y a une confrontation à faire, je vais reporter ça encore, encore, encore, plutôt qu'à un moment donné, de dire : « bon, on va prendre le temps d'en parler. Il semble y a quelque chose qui ne marche pas » [...] Souvent, ça ne tente pas au client d'aborder ça. En même temps, c'est justement pour ça qu'on devrait l'aborder. Mais moi, j'ai tendance à être plus « lousse » et à respecter le rythme du client, alors que je sais que je devrai être plus proactif. (8.T)

Ça doit surement avoir une influence sur ma manière d'aborder la psychothérapie. Ça peut pas faire autrement [...] Dans le cas de la confrontation, mettons, c'est sûr qu'il y a des choses que je n'oserai pas dire ou que je vais me dire que je m'y attarderai plus tard, dans un moment plus opportun, mais je sais très bien que c'est parce que le sujet m'indispose. Donc je remets ça [...] Au fond de moi, je sais que ça peut créer une tension ou une réaction négative de la part du client et je veux éviter de vivre ce genre de tension-là. (10.T)

3.47

Je me suis rendu compte que ça me rend inquiet. C'est souvent dans mon esprit que à quel point : « non, il ne m'aime pas. Il ne vient pas parce qu'il ne m'aime pas. ». Ça fait que j'essaie d'en faire encore plus. J'en fais énormément pour mes clients, en raison de cette trop grande volonté d'être aimé [...] Je travaille actuellement à apprendre à mieux doser le souci que j'ai du client et de son bien-être total dans la thérapie, plutôt que d'apprendre à me soucier de la personne. Au moins, il y a ça de positif... Mais, malgré tout, ça demeure quelque chose que j'ai à travailler dans les prochains temps. (6.P)

Je vais facilement me remettre en question. Qu'est-ce que j'ai fait et pas fait sont les deux points qui montent tout de suite [...] C'est comme si mon questionnement a deux volets. Il y a mon propre regard envers moi-même, mais il y a aussi le regard face à la norme. C'est sûr que si on est dix intervenants autour de la table et qu'on avait tous à dire le nombre de clients qui sont partis en cour de processus, bien je souhaiterais ne pas en avoir plus que d'autres. Tsé, il y a un peu cette idée-là de conformité. Parce que c'est comme si j'attribue un peu que ma compétence repose sur la réussite de mes suivis [...] Ça revient souvent à compétence et performance. C'est ça que ça vient chercher dans mes enjeux. (10.T)

J'ai constaté que j'ai tendance à protéger mes clients. Ça se fait un peu inconsciemment et automatiquement [...] Je pense que je me protège aussi un peu, à travers ça, car je le fais peut-être pour éviter de me sentir comme un mauvais thérapeute [...] Il y a certains sujets qui pourraient être délicats à aborder avec certains clients, car si c'est trop douloureux pour eux, et qu'ils décident de ne pas revenir, ça pourrait toucher quelque chose de désagréable pour moi du côté de la compétence [...] Je pense que je fais peut-être l'erreur d'associer les deux concepts, que si je suis bon, ils vont rester [...] Ça explique aussi, peut-être, mon réflexe de me cacher derrière mon rôle d'expert clinique des processus mentaux, qui possède le savoir théorique [...] C'est une position défensive, qui nous place dans un contexte plus formel parce c'est plus difficile pour moi d'aborder une sphère du lien qui serait davantage affective... Ce qui m'amènerait à devoir sortir de ma protection que je prends dans mon rôle de l'expert. (4.T)

3.48

J'ai tendance à chercher à ce que ça n'arrive pas [en parlant des RA] [...] Je cherche beaucoup à mettre le client à l'aise, à vouloir le rassurer [...] Ça parle sûrement de moi [...] J'ai beaucoup tendance à me questionner, à prendre ça sur mes épaules. Et de chercher ce que j'ai fait de pas correct [...] Ça revient souvent à compétence et performance. Moi, c'est ça que ça vient chercher dans mes enjeux. (10.T)

Dans mon cas, je dirais que ce n'est pas tant une question de compétence ou de performance, au sens où je peux vivre avec le fait que je suis pas toujours bon, que je ne fais pas toujours la bonne intervention, ou que je suis pas un super-thérapeute. Je dirais que c'est plutôt un enjeu de lien. Je veux être bon, oui, mais c'est au service du lien que je développe avec la personne. Je veux bien plus que mes clients m'apprécie [...] Je n'ai pas besoin que mes clients me trouve bon ou qu'il m'idéalise. Je n'ai donc pas trop peur de ne pas être à la hauteur ou faire des erreur [...] J'ai davantage besoin qu'il m'apprécie et qu'il est envie de travailler avec moi [...] Si je suis en RA avec un client, ça touche naturellement bien plus à mon enjeu d'attachement qu'à mon sentiment de compétence personnelle. (11.H)

Je n'ai pas tendance à aborder ce genre d'éléments-là [...] C'est plus difficile pour moi d'aborder une sphère du lien qui serait davantage affective [...] J'ai tendance à m'inscrire dans une posture plus théorique et prendre une position d'expert, car le volet émotionnel est plus difficile à développer pour moi [...] c'est sûr que j'ai davantage tendance à faire de l'évitement. Je veux dire à éviter et à ne pas aller là-dedans, donc de faire comme si ce n'était pas arriver. Je sais que ce n'est pas nécessairement la bonne chose à faire mais je réalise que j'ai cette tendance-là [...] Je sais que ce n'est pas correct mais spontanément, c'est ça que je vais faire. (4.T).

3.49

La colère, c'est plutôt rare dans mon cas [...] Elle va plutôt être contre moi-même, de ne pas avoir fait telle intervention [...] C'est d'ailleurs une autre des choses que j'apprends à travailler, en fait, d'aller dans le registre de la colère, entre autres pour nommer certaines choses qui seraient pertinentes à l'avancement de la thérapie, mais que j'ose pas toujours [...] Mais là, disons qu'on entrerait dans le sujet de ce que je travaille dans ma thérapie personnelle, plutôt que ce que j'apprends dans le cadre de ma formation [rires]. (10.T)

Au début, j'étais un peu moins sensible à l'état du client. J'étais plus dans le mode : « il faut absolument faire ça. Je veux faire telle technique d'impact, mettons ». Je la faisais même si ça ce n'était pas le bon « timing », que ce n'était pas cohérent. Mais là, je suis plus relaxe [...] Ça m'a amené à faire des choses, des fois, qui ne sont pas concordante à l'état d'esprit dans lequel ton client arrive. [...] En tout cas moi, je l'avais tout le temps, cette espèce d'enjeu-là de performance [...] Je ne voulais rien oublier. Et dans l'exemple que je viens de donner, je ne voulais pas rater mon exercice. Je ressentais la pression de faire ma technique, peu importe le contexte ou que c'est pas cohérent [...] J'étais plus attentif à faire ce que je pensais que je devais faire que d'être concentré sur comment que le client se sent. Puis ça, c'est pas la manière idéale de bâtir une alliance avec des clients, c'est bien évident [...] J'ai donc dû travailler cet enjeu là. (9.T)

3.50

Ça, c'est des enjeux personnels, mais j'ai de la difficulté à le nommer tout de suite. On dirait que je ne suis pas vraiment certaine ou que je ne le sais pas comment intervenir [...] Comme je disais, c'est super important pour moi de la respecter dans ce qu'elle m'amène, et de bien l'accueillir dans ce qu'elle vit [...] Je ne voudrais surtout pas nommer quelque chose qui brusquerait, heurterait ou aurait un impact négatif pour le client [...] Cette difficulté de nommer les éléments cliniques que je perçois, de faire des retour, c'est vraiment quelque chose que je travaille actuellement. (3.P)

Moi, c'est quelque chose que j'ai travaillé beaucoup en internat, à nommer les choses que je sens [...] J'ai encore du travail à faire sur moi-même. À craindre un peu moins la répercussion que ça pourrait avoir sur le client lorsque je nomme certaines choses que je perçois [...] Mettons que je dois nommer à un client qui ne se présente pas et que ça fait quelque fois que ça arrive. Comment est-ce que le client va réagir à ça? Il va-tu se sentir offensé? [...] Je veux que mes clients soient bien et ça fait en sorte que c'est très dur pour moi de les confronter ou de nommer des choses qui pourraient instaurer des malaises nécessaires [...] Cette cliente-là, on dirait que je sentais qu'elle réfutait tout ce que je proposais mais je ne savais pas comment l'amener en bouche,

ou en mots, pour que ce soit bien accueilli, et que l'intention derrière mon message soit bien comprise [...] Avec cette dame-là, je n'aurais pas su comment amener ça, comment le formuler [...] Dans la plupart des cas, j'ai peur de ne pas trouver les bons mots pour ne pas confronter ou ne pas créer de malaise chez le client. (10.T)

Une de mes difficultés, c'est peut-être au niveau où que l'autre ait senti un jugement de ma part [...] Je ne l'ai pas relevé. Je n'ai pas senti le besoin. Ce n'était peut-être pas assez flagrant [...] Peut-être que j'aurais parlé de ce qui s'était passé. En même temps, c'est vraiment dur, de parler de ces choses-là. Tu sais, quand tu as l'impression d'avoir porté un jugement sur l'autre et là tu as l'impression qu'elle l'a senti [...] J'ai présupposé qu'elle avait peut-être fait telle affaire. En fait, je l'ai présupposé de vive voix mais elle, elle a entendu que je pensais qu'elle l'avait réellement fait. Tsé, c'est comme si ce que je disais, c'était cela la normale, ce qu'elle aurait dû faire. Je pense qu'elle a saisi le message que je lui disais : « tu as fait telle affaires », mais dans les faits, elle, elle avait fait d'autre chose complètement. Il y a comme eu un espèce de : « oups, j'étais vraiment à côté de la plaque, moi, là ». Et elle, elle a comme commencée à se justifier. C'était au sujet de son mari. Elle avait peur qu'il urine dans le lavabo et j'avais mal saisie sa réaction [...] Je n'ai rien dit. J'étais comme mal, et elle aussi, alors je n'ai rien dit. J'étais vraiment mal à l'aise, et elle aussi. J'aurais trouvé ça vraiment gênant de m'attarder sur ce malaise [...] Je me souviens que la cliente avait vraiment l'air mal que je pense ça et moi j'étais embarrassée d'avoir été autant dans le champ. Je ne sais pas trop comment j'aurais pu m'y prendre ou quoi dire, au juste... J'ai l'impression que ça n'aurait fait que contribuer à grandir notre malaise. (5.T)

3.51

C'est sûr que je trouve ça difficile quand le client ne m'aime pas et que je porte le rôle du frustrant qui applique le cadre. J'aime mieux qu'on me perçoive comme le gentil thérapeute englobant qui répond aux besoins. (12.H)

C'est quelque chose j'ai beaucoup de misère; de dire : « bon, on ne répète plus ». J'ai l'impression de contraindre la personne, de faire du forcing et je n'aime pas cette position-là [...] Je n'aime pas prendre le rôle de celle qui oblige [...] J'ai tendance à avoir de la difficulté à nommer certaines choses pour ne pas heurter le client. J'y vais doucement, car je ne veux pas que le client se sente forcé d'aborder ou d'entendre quelque chose qu'il ne voudrait pas [...] Je ne voudrais pas nommer quelque chose qui aurait un impact négatif pour le client. (3.P)

C'est stress autant pour moi que pour le client. Parce que pour lui aussi, ça peut être stressant. Surtout qu'on n'est pas des psychologues encore; ça ne doit pas être effrayant : « qu'est-ce qui va se passé? De quoi ça va avoir l'air? »... Ça fait que je

suis bien attentif à mettre à l'aise, à ne pas brusquer son rythme [...] Je ne veux justement pas créer de malaise ou blesser la personne. (8.T)

Mon cerveau sait logiquement que c'est parfois nécessaire et que ça fait partie de notre travail, en tant que clinicien [...] mais ça reste que je trouve ça difficile quand je dois prendre une position qui va heurter ou déplaire aux clients [...] genre quand je dois porter le rôle du « rappel de la réalité », de celui qui doit mettre une limite ou de dire quelque chose de difficile à entendre. (11.H)

À l'intérieur de moi il y avait quelque chose qui me stressait. Ça me stressait parce que je me disais : « j'ai l'intégrité de la personne au bout de mes doigts, il faut que je fasses attention à ce que je vais dire ». Ça m'insécurisait parce que je me disais qu'il ne fallait pas que je la blesse [...] Je n'avais pas peur de faire une erreur. J'en faisais mais j'étais surtout inquiet; j'avais peur de blesser la personne. (2.H)

3.52

Dans ce genre de situation, je ne dis rien. Je ne fais pas de confrontation et je ne nomme pas ce que je sens [...] J'adopte surtout la position « je comprends tout et je ne dis rien » [...] C'est plus difficile pour moi quand il s'agit d'une confrontation, qu'on tombe en rupture et que le client est fâché contre moi. C'est dur pour moi qui a tendance à éviter, pour ne pas le faire fâché [...] Comme je disais, je cherche beaucoup à ce que l'autre se sente à l'aise. Je ne veux pas qu'il se sente pas respectée dans ce qu'il m'amène. Je suis très attentive à ne pas brusquer la personne ou dépasser son rythme. (3.P).

Étant donné que je valorise l'autonomie, quand je rencontre des clients labiles ou qui prennent beaucoup d'espace, j'ai tendance à leur laisser la place. Pour moi c'est un grand défi de les arrêter [...] Si je suis incapable de faire mon travail de thérapeute et de le confronter à ses niaiseries ou aux répétitions qu'il fait, je ne suis plus en train de faire de la thérapie [...] Je suis en train de verser dans de la sympathie, je me dis : « ah, bien ok, il a besoin de ventiler, cet adulte-là a besoin d'espace. Je le comprends. Je valorise tellement l'autonomie »... C'est de la compréhension sympathique [...] Inversement aux personnes qui sont plus intraverties, c'est moi qui occupais beaucoup la place, en début de mes expériences thérapeutiques, en proposant des interprétations, en intervenant et en étant directif. Je pense que mon défi de l'AT, c'est de mettre en place l'aspect contrôlant. C'est de contrôler, de dire à la personne : « non, ça n'a pas rapport ce que tu es en train de dire, ça fait quatre rencontres que tu fais ça ». J'ai de la misère à rentrer dans ce contrôle-là [...] Contrôler les personnes, je trouve ça bien difficile. (2.H)

C'est clairement mon enjeu [en parlant des abandons prématurés]. J'ai excessivement peur que des clients partent [...] C'est ce que je trouve le plus dur au niveau de la

thérapie [...] De la manière que c'est vécu, cela aurait un potentiel d'être destructeur. Des clients qui viendraient une fois, deux fois et qui partent, il va y avoir une remise en question [...] C'est clair que ça module mon travail clinique. Je serais menteuse de prétendre le contraire. C'est impossible que cela n'ait pas une influence. Est-ce que je respecte le rythme des clients à cause de cela? Oui, probablement. Cela fait partie de mes valeurs aussi, mais est-ce que cela a été intégré moralement parce qu'il y avait un enjeu? Possiblement... C'est là que je dois faire attention pour que cela ne prenne pas le pas sur le reste. (1.T)

3.53

Je suis plus à l'aise dans la confrontation [...] Je n'essaie pas d'éviter l'inconfort, les marques d'incompétences ou les bris d'alliance [...] Ça ne me heurte pas et je suis capable de travailler avec sans problème [...] Par exemple, je n'ai aucune difficulté avec les troubles d'opposition ou avec les clients agressifs. J'ai une capacité d'accueil de ça [...] J'en ris parce que pour moi, c'est un jeu évident qui est en train de se jouer. Je sais comment me débrouiller quand un de mes clients fait ça. Je me dis : « bof, ok, là, il est en train de se débattre comme un petit poisson ». C'est comme de voir un enfant faire la danse du bacon dans un centre d'achat [...] Ils sont en train de projeter leurs propres enjeux sur moi. Et j'ai l'impression que c'est parce qu'ils me font assez confiance pour faire ça. (2.H)

3.54

Les retraits me dérangent plus [...] Moi j'aime beaucoup mieux travailler avec des agresseurs qu'avec des victimes, toutes formes de problématiques confondues [...] Je n'aime pas travailler avec des victimes; c'est le retrait [...] Ça me connecte à un de mes enjeux personnels de « manque » [...] Si le client se retire, c'est qu'il prive de quelque chose et là j'ai l'impression que j'ai manqué mon coup à aller le chercher et à lui fournir l'espace sécuritaire [...] Moi, dans le retrait, je vois quelque chose de sournois, un désintéressement tandis que dans la confrontation, je vois un profond désir d'être en relation, mais un manque d'habileté. Ça, je suis capable d'aider quelqu'un qui a un manque d'habileté, mais quelqu'un que ça ne l'intéresse pas, je ne suis pas capable [...] Dans ce temps-là, je patine et j'ai plus de misère à aller rechercher la personne. C'est comme si j'étais prêt à aller plus loin que ce qu'il faut l'intéresser [...] Quand elle finit par partir, moi je prends ça comme un échec [...] Au fond, je pense qu'ils étaient trop menaçants pour moi. Toute de ma pratique de psychothérapie se colle sur mes propres enjeux. (2.H)

En réalité, le client que je trouve le plus difficile, c'est le *flat seven-up*, celui qui est neutre, là. Il n'y a aucune fluctuation dans la relation. Tsé, lui, tu as envie de lui dire : « get a life, man, ostie ». Ça, ça correspond vraiment à mon fantasme. C'est de mettre un pétard à mèche à la bonne place, de l'allumer et de dire : « allume-toi, man! Tu

n'as pas de vie, ostie! »... Lui, je le trouve plus difficile. Celui que ça bouge, que c'est variable, c'est plein d'informations [...] Comment qu'on fait, quand qu'il n'y a pas de mouvement, à part de lui mettre un pétard à mèche? On adresse le fait qu'il n'y a pas de mouvement? Qu'on immobilise quelque part? [...] Il n'a jamais été mobilisé dans sa vie. Ça fait que c'est un retrait permanant. Il est déjà en situation de retrait quand il arrive dans le bureau. (7.P)

Il y a souvent des choses que tes clients ne te disent pas, des frustrations, ils résistent. Ça, c'est un gros défi, quand tu sens que ton client répond plus vraiment aux questions, qu'il ne participe plus autant, qu'il s'en va partir [...] J'ai eu un client qui était comme ça. C'était difficile parce que je lui demandait : « ça vas-tu bien dans la thérapie? Es-tu motivé? ». Lui, il me répondait toujours : « ah, oui, oui; pas de problème ». Puis là, il commençait toujours à se trouver des raisons un peu farfelues pourquoi qu'il ne pouvait pas venir [...] Tu voyais que ce n'était pas : « j'ai changé de job », c'était des : « ah, là, je ne peux pas venir aujourd'hui, je suis fatigué ». Ce n'était pas des bonnes raisons [...] Ce manque de motivation-là, c'est vraiment un défi pour moi. (9.T)

3.55

Une autre chose que je préfère de la confrontation, c'est que ça signifie que le client est mobilisé, qu'il vise encore quelque chose [...] Il est peut-être frustré que ça avance pas ou fâché après moi parce que je ne fais pas assez bien mon travail, mais à quelque part, à travers l'insatisfaction qu'il me partage, il transmet implicitement le message qu'il désire encore travailler, qu'il veut encore être en lien [...] Dans mon cas, je dirais que c'est plutôt un enjeu de lien [...]Je veux bien plus que mes clients m'apprécient [...] Si je suis en RA avec un client, ça touche bien plus à mon enjeu d'attachement qu'à mon sentiment de compétence personnelle. (11.H)

3.56

Ça m'est arrivé une fois de créer un lien et que ça s'est coupé [...] On avait développé un certain lien, c'était bien intéressant, mais selon moi, c'était très superficiel et ça l'a coupé [...] J'ai fait quelque chose qu'elle n'a pas aimé et là, j'étais devenue la pire des intervenantes du monde [...] Je pense que j'avais fait une remarque au sujet de son chum, du genre qu'il ne la traitait pas très bien et qu'elle, elle acceptait ça [...] Elle était pas mal irritée, je pense. Elle n'avait pas vraiment fait un « big deal » mais j'ai bien senti qu'elle n'avait pas aimé ma remarque [...] Je n'ai pas pu rétablir le lien parce qu'elle a arrêté son suivi pas longtemps après [...] Si je me souviens bien, je pense qu'il y avait quelque chose avec son horaire, que ça n'allait pas. Donc, elle ne pouvait plus venir ou quelque chose du genre [...] J'ai l'impression qu'elle sentait que je n'étais plus de son bord [...] Quand c'est arrivé, je ne l'ai pas abordé. Comme je dis, j'ai l'impression que le lien était plus superficiel

que je pensais... Je me souviens que j'ai senti que quelque chose s'était passé, qu'elle ne me faisait plus confiance. Donc, j'imagine qu'après, c'était plus difficile d'aborder les choses [...] Je n'ai pas l'habitude de revenir sur ces situations-là, à moins que ce soit le client qui le fasse de sa propre initiative. Comme je disais, mon réflexe, c'est de paniquer, donc je préfère éviter ça. (5.T)

Il y a une cliente avec qui on ne s'entend pas vraiment... Parce que moi, je vois que son comportement a une conséquence directe sur la problématique qu'elle a, sauf qu'elle reste vraiment sur ses positions [...] C'est une cliente qui vient pour la gestion de son humeur, mais elle consomme de la marijuana. Moi, je vois ça comme un obstacle, car c'est en train de la geler. Donc, son moyen de gestion, elle vient travailler sa gestion, sauf qu'elle est tout le temps en train de geler ses émotions. C'est même arrivé qu'elle me dise : « une fois, je suis venue et j'étais gelée ». Elle a fini par me le dire... Donc moi, je disais : « vous me donnez un mandat, sauf que j'ai l'impression qu'on patine, on patine, on patine et que ça n'avance pas plus, parce que dès que vous sortez de la rencontre, vous allez fumer. Vous en en train de tout saper » [...] Elle m'a avancé ses arguments. Moi j'avançais les miens. Et on est restés longtemps là-dedans, à avancer chacun ses arguments. Ça ne bougeait pas plus que ça. Et puis moi, j'étais comme à aller chercher des trucs en psycho-pharmaco. J'ai même été lui montrer tout le processus, jusqu'à sortir de ce que j'ai l'habitude de faire... C'est comme si on dirait qu'on était bornées, chacune sur nos positions. De son côté, elle a fini par me dire : « je commence à y penser. Je l'intègre... » [...] Maintenant, je vais de temps en temps lui en parler un petit peu, et lui demander ça en est où. Pas plus que ça... Il n'y a pas vraiment eu de rupture, mais j'ai bien l'impression que si j'avais continué, il y aurait peut-être eu une rupture. (3.P)

Une fois, j'ai confronté une cliente à la souffrance que son conjoint ressentait suite à des accidents. Il était blessé mais elle, dès qu'elle entrait dans la maison, qu'elle entendait son conjoint pleurer, se lamenter de ses souffrances, elle mettait toutes sortes de stratégies d'évitement cognitif pour éviter de ressentir cette douleur-là [...] Je sentais ça aussi en thérapie, des fois, qu'elle évitait des sujets et qu'elle ne répondait pas vraiment à mes questions [...] Moi, en thérapie, je l'ai amené à se connecter sur le plan émotif à la souffrance qu'elle entendait et à l'écho que ça trouvait dans sa propre souffrance. Et là, ça été fini. La cliente trouvait que c'était beaucoup trop pour elle. J'ai vu qu'elle commençait à patiner et elle a dit « ah, j'ai envie de dire des affaires mais je n'ose pas, ça ne m'arrive pas. Je n'ai jamais fait ça » [...] Elle ne s'est jamais représentée en thérapie. (2.H)

3.57

La première chose, c'est que je mentionne au client ce que je constate qui se passe entre nous, dans le moment d'impasse. Par exemple de dire au client qu'il semble déçu que je n'aie pas répondu à sa demande de fournir mon opinion sur ce que je

pense qu'il devrait faire par rapport à telle situation [...] Deuxièmement, c'est important de prendre la responsabilité pour la réaction du client, par exemple de lui partager que ça m'a fait de la peine de le décevoir, que je m'excuse et qu'on s'attarde plus longuement sur mon rôle dans sa déception. C'est important de faire ça avant que je lui explique que ce n'est pas mon but de le décevoir ou de le frustrer dans sa demande et ses besoins [...] Ensuite, je vais explorer avec le client ce que ça lui a fait vivre, sur le plan affectif, que je ne lui partage pas mon opinion, que je ne lui dise pas « quoi faire » [...] On va pouvoir ensuite faire des liens ensemble avec ce qui vient de se passer entre nous deux et ce qui arrive de semblable ailleurs dans sa vie, dans le présent et le passé [...] On va faire ça en se servant du matériel qu'on a déjà nommé auparavant en thérapie. Ça peut par exemple être que ce client-là a souvent tendance à s'en remettre aux autres pour déterminer comment vivre sa vie et qu'il est souvent déçu ou frustré après ça [...] Finalement, dans l'intervention, ça va être de s'entendre sur comment on va « dealer » ça lorsque ça va survenir de nouveau entre nous autres durant nos rencontres. (12.H)

Je dirais que l'important, c'est de pouvoir percevoir la rupture. De constater qu'il vient de se passer quelque chose et ensuite de pouvoir le nommé de manière convenable [...] Il faut aussi être capable de regarder l'effet que ça a sur toi et être capable de prendre en compte l'opinion de l'autre [...] Donc, c'est d'être capable de refléter ça à la personne, de pouvoir démontrer l'impact que l'élément en question qui survient dans la RA peut avoir dans sa vie, et qui se répète sans cesse [...] Parce que la RA, ça nous parle du client, de comment il réagit, de comment il est avec les gens, dans la vie de tous les jours. Donc, ça donne du bon matériel qu'on peut utiliser comme intervention [...] Après ça, je dirais qu'il faut contenir ça, comme thérapeute, même si ça peut être très déplaisant [...] De dire, aussi, l'effet que ça a sur nous, d'une façon empathique, sans tomber dans le préjuger ou dans l'attaque [...] Par la suite, je pense qu'il faut ramener le client aux enjeux qui peuvent être sous-jacents à ça, dans la dynamique de la relation. De regarder avec la personne, aussi, d'où ça vient, ces enjeux-là. Donc, il y a tout l'aspect de ce qui est en train de se reproduire avec lui. Comment, après ça, en intervention, la personne peut soit apprendre à réguler son émotion [...] Je rajouterais enfin le rôle du thérapeute qui peut répondre à certains besoins du client, en allant dans son sens, ou encore, par sa façon d'être, qui va venir réparer certaines choses qui se sont passées. (1.T)

3.58

Oui, peu importe le type de rupture [...] j'essaie de revenir avec la personne pour savoir ce qui s'est passé. Par exemple, si la personne manque à diverses reprises, si elle me répond sec, je vais faire un retour avec elle là-dessus pour voir comment elle l'a vécu. « Je vois que tu as réagi fortement quand on a abordé ce sujet-là. Est-ce que tu voudrais m'en parler? » [...] Je ne fais pas comme si rien n'était arrivé. Je prends le temps de voir ce qui s'est passé. Aussi, j'essaie de voir ce que lui peut changer et

ce que moi je peux changer [...] Par exemple, il y avait un client qui avait beaucoup de misère quand on abordait le thème de sa mère. On avait exploré ça ensemble et on s'était entendu : « bon bien, regarde, pendant les 4 prochaines rencontres, on ne parlera pas de ça, parce que je vois bien que ce n'est pas le temps pour toi ». C'est un peu un contrat verbal de « on revient sur les règles » [...] Donc pour rétablir une RA, je reviens constamment avec la personne, quand je sens qu'il s'est passé quelque chose et je fais des ententes avec elle [...] Je ramène ça constamment sur l'objectif initial. Quand il se passe quelque chose, c'est souvent là que je vais : « est-ce que c'est parce que c'est quelque chose que tu ne veux vraiment pas travailler? Qu'est-ce qu'on peut travailler à la place, d'abord? ». [...] Tsé ça, j'ai l'impression que ça donne un peu au client la perception que, justement, je suis soucieux d'elle. (8.T)

3.59

Ça m'est déjà arrivé de prendre le risque de nommer mon contretransfert, ce que j'avais ressenti et ça avait vraiment fait un effet. Je ne sais pas à quoi je m'attendais, mais l'effet que j'ai eu était vraiment particulier. Le client, il est arrivé tout désorganisé la semaine d'après [...] C'était vraiment sorti spontanément, à la fin d'une rencontre, j'avais dit : « j'ai l'impression, je ne sais pas, mais je me sens sadique avec vous » [...] Ça faisait du sens, parce qu'elle avait tendance à établir ce type de relation-là, et moi aussi, j'avais ce sentiment-là. J'ai voulu le nommer, parce que je me disais : « mon Dieu, j'espère que je ne suis pas en train de lui faire revivre ça » [...] La semaine d'après, la cliente m'arrive en me disant : « bien là, j'ai appelé tout le monde, je ne veux pas être un fardeau pour toi ». Puis elle pleurait et pleurait... Moi, je voulais juste m'assurer que je n'étais pas en train de lui faire vivre la même chose que diverses personnes dans son entourage. Ça m'a donné tout un coup de la voir comme ça [...] On a alors exploré ce qui aurait pu l'amener à penser ça et je lui ai expliqué le pourquoi je lui avais nommé ça, que je ne voulais m'assurer que se produise pas dans notre relation, ce qu'elle avait tendance à établir ce type de relation-là [...] Donc, premièrement, c'est de dire il y a quelque chose qui s'est passé et après, d'explorer [...] Et enfin de s'attarder à comment on pourrait travailler ça ensemble, en fonction de ce qui est ressorti... Je ne sais pas... Ça reste abstrait dans ma tête. (3.P)

Bien, c'est de répondre au besoin de départ, ce pour quoi la personne s'oppose, elle s'est retirée ou qu'elle t'a confronté. C'est quoi la raison et c'est quoi qu'elle aurait besoin pour ne plus être là-dedans? Puis moi, qu'est-ce que je pourrais faire pour m'ajuster à ça? Mais si c'est impossible, dans la mesure où si tu veux qu'il y ait un avancement thérapeutique, il faut qu'on aille rentrer là-dedans, bien là, c'est comme : « veux-tu venir en thérapie ou pas? ». On en revient à la question de départ, la motivation de la personne. Si je crois pertinemment, en tant que thérapeute, qu'il faut aller là-dedans et qu'il faut travailler telle ou telle affaire, et qu'on s'est entendu pour ça, mais que toi, tu n'es pas capable ou que tu ne te sens pas prêt, là, dans ta

thérapie... Il faut alors mettre les choses sur la table. Ça se peut qu'on ne soit pas capable de s'entendre. Un moment donné, tu ne peux pas trop t'ajuster au client. Il faut que tu gardes un peu ton indépendance professionnelle [...] Si le client ne veut pas parler de sa mère, moi je ne peux pas le forcer. Tu as une limite d'ajustement. Moi, elle est là. C'est mon jugement professionnel [...] « Tu ne veux pas en parler tout de suite, pas de trouble. On va parler d'autres choses. Mais un moment donné, après 20 séances, là... Il faut y aller. Go! [...] Tu ne veux pas étirer ça. « On va arrêter puis quand tu seras prêt, reviens me voir. Je ne te ferais pas dépenser 100$ pour tourner en rond ». (9.T)

Mettons qu'il y a rupture, que le client ne veut plus travailler, qu'il boude, là. Je vais dire quelque chose comme : « j'ai l'impression que vous n'êtes plus autant mobilisé qu'avant, il y a-tu quelque chose qui se passe? Où est-ce que vous en êtes rendu? » [...] Si le client n'est plus là, mon intérêt est toujours le même. C'est de comprendre et de ressentir : « qu'est ce qui s'est passé dans la relation pour qu'il recule? Il a-tu fais un lien avec quelque chose? Autrement dit, je vise qu'on trouve la dynamique qui s'est passée. Ça nous ramène probablement à son vécu, d'une façon ou d'une autre. Puis cette rupture-là, je fais l'hypothèse que c'est le genre de rupture qui lui est sûrement déjà arrivée dans sa vie [...] En gros, il faut donc commencer par reconnaitre qu'il y a eu la brisure. Après ça, l'adresser. Après ça, écouter qu'est-ce qui en sort. (7.P)

Je suis assez humble en thérapie et je le mentionne. On pourrait dire que j'aiguille ça sous forme de naïveté, humblement, et je dis au client : « peut-être que je ne suis pas vite et que, des fois, je comprends mal ce que l'on dit mais j'avais l'impression que l'on était dans tel sujet et là, tsé... ». Je fais ça et je leur demande ça serait quoi le meilleur chemin. Ils ont toujours embarqué, à date, à partir de là. Je pense que ça a quelque chose de rassurant de voir que le thérapeute, lui aussi, il en fait des erreurs [...] C'est de présenter mon incompréhension, mon inconfort au client, ou mon impression d'être perdu avec ce qu'il rapporte [...] C'est de faire preuve d'authenticité et de lui dire. Que je me montre vulnérable, moi aussi. Tu sais de dire « ouain, tsé, je t'entends dire ça, je comprends que ça te fait mal et moi aussi, ça me rejoint ». Bref, de me montrer humain... (2.H)

Bien, comme je disais, mon réflexe ça va être de me mettre à parler beaucoup plus, mais en tentant quand même de parler des vraies affaires [...] Probablement qu'à ce moment-là, j'ouvrirais beaucoup plus. J'aborderais davantage sur ce que ça me fait vivre, sur ce que je veux [...] Je pense que ma distance resterait professionnelle mais je serais en train de beaucoup plus de parler de moi [...] Ce serait de nommer, par exemple, que c'est important pour moi qu'on soit sur la même longueur d'onde et qu'on trouve le moyen d'y revenir. De nommer au client que j'ai senti que ça a coupé, par exemple. Je pense que ce serait aussi de nommer que, par exemple, si on veut continuer à travailler ensemble, pour moi, c'est vraiment important qu'il y ait cette

alliance-là, ce lien-là. Je nommerais aussi que je suis prête à travailler pour qu'on le retrouve ça mais que, tsé, si on ne l'a pas, on ne travaillera pas ensemble. (5.T)

À part que de le nommer, je ne vois pas grand chose... [...] J'ai plutôt tendance à vérifier à mesure avec le client. Je m'attarde plus à son niveau d'engagement. Je veux être sûr qu'on a les mêmes objectifs, et que nos rôles sont clairs. Ça fait que ça permet qu'on puisse nommer les choses à mesure, la plupart du temps [...] En même temps, comme je disais, c'est quelque chose que je travaille actuellement, de nommer certaines choses plus délicates [...] Comme je mentionnais, je tente toujours de remettre au client la responsabilité de nommer ses insatisfactions [...] En restant collé sur l'entente initiale, ça évite d'engendrer une RA [...] Ça fait que c'est principalement de rester centré sur le processus de collaboration et du niveau d'engagement de la personne en revenant constamment aux objectifs, aux rôles, puis à ce qui doit être modifié. Tsé, quand c'est clair et qu'on s'entend dès le départ sur certaines choses, j'imagine que ça a tendance à éviter les désaccords (10.T)

3.60

Ça, c'est sûr que non. Mis à part d'apprendre que c'est essentiel, et que ça compte pour tant de pourcentage dans le changement thérapeutique, il n'y a pas eu grand chose d'autres. (4.T)

Non, ce n'est pas un concept majeur dans notre enseignement. Moi, je n'ai pas une formation très poussée là-dessus. C'est comme accessoire, comme concept, au niveau universitaire. (2.H)

Non, définitivement pas. On n'en parle pas suffisamment. Je ne saurais pas pour toutes les autres approches mais tsé, même ça, les approches, on n'a eu que quelques cours ciblés par rapport aux différentes grandes approches. Personnellement, je ne trouve pas qu'on en parlait tant que ça d'AT et de comment la travailler. (10.T)

C'est certain qu'il en manque beaucoup dans la formation que j'ai eu sur l'AT et les RA [...] Pour moi, c'est clair que j'ai encore beaucoup de chose à apprendre et beaucoup de pratique à faire. De la théorie, donc, oui, mais aussi et surtout de la pratique... Et aussi de bons superviseurs qui sont familiers et à l'aise avec le concept, je rajouterais. (12.H)

Non! Clairement, non [...] Je pense qu'on a abordé ça une fois, dans un cours. On a eu un texte là-dessus. (5.T)

Non, pas du tout... Moi, je trouve que non. J'ai entendu parler d'AT, j'étais rendu à la fin de mon baccalauréat, à la dernière session d'hiver. On a abordé ça très vaguement. On ne s'est vraiment pas attardé. (3.P)

3.61

Dans les cours, il n'a vraiment pas été beaucoup question de ça. On a touché un peu ici et là la notion de l'AT, mais jamais pour l'approfondir à proprement parler [...] Dans mon cas, une méchante chance, ça été différent dans mes supervisions d'internats parce que j'avais des superviseures humaniste-existentiels qui axaient beaucoup le travail clinique sur la dimension relationnelle [...] Je suis tombé super pile, parce que c'est vraiment là que j'ai eu l'opportunité de me former à l'importance de l'AT et des bris dans la relation. (11.H)

C'est sûr que ça ne paraitra pas sur l'enregistrement, mais je viens de faire une grimace, ce qui veut donc dire que : « oui, on l'a abordé, mais bien franchement, dans tout le parcours du « bacc », on l'a peut-être abordé quoi; 5 heures au total »? C'est mon approximation, mais j'ai l'impression que je suis peut-être même trop généreux. Et je parle de tous les cours confondus, là [...] Puis tsé, pendant le doctorat, à l'exception des stages -et ça va varier d'un superviseur à l'autre, dans le fond- dans les cours, ça n'a pas été abordé [...] Moi, je suis quand même chanceux, dans mon internat, j'ai un superviseur qui en parle de temps en temps. (6.P)

3.62

Je pense que c'est une chose qui aurait dû être mis le plus en avant, l'AT. Moi, je trouve qu'on aurait dû s'attarder davantage là-dessus [...] Pour les gens qui sont en intervention, je trouve que ce n'est pas assez mis de l'avant, qu'on ne s'y attarde pas suffisamment et que ce n'est pas assez concret... Je trouve qu'avant de nous apprendre le reflet ou des choses comme ça, je me dis que ça prendrait beaucoup plus de temps à apprendre là-dessus. Je pense que c'est plus important de construire cette alliance-là, avant de faire ce genre de choses [...] Peut-être le fait de respecter le rythme du client, c'est quelque chose que j'ai vu dans ma formation. Mais peut-être que si l'on me l'avait nommé, j'aurais été plus alerte à ce type de chose, du genre : « ok, toi tu vois ça, mais... ». C'est comme si j'ai l'impression que je dois apprendre ce genre de choses sur le tas. Et pourtant, il me semble que ça aurait été utile dans notre formation... En tout cas, moi, je constate que si on m'avait enseigné ça, j'aurais pu y être plus attentive [...] Comme je disais, on a survolé le sujet durant un cours de *bacc*, et c'est tout. Je sais qu'il y a des exigences et des compétences de l'ordre à aller chercher. Et je ne dis pas que ce n'est pas bon. Mais je réalise que j'ai presque rien entendu sur « comment est-ce qu'on créer un lien avec le client », ou de « comment est qu'on doit être »... Je constate que j'ai de la misère avec ça. (3.P)

3.63

Je dirais qu'on en parle assez [...] Je pense que nos profs sont quand même soucieux de nous mentionner l'importance de l'AT, de l'impact que ça peut avoir. Malgré tout,

je pense que c'est vraiment par l'action que la formation se concrétise réellement, dans nos stages [...] On peut bien en jaser tant qu'on veut, mais tant qu'on ne le vit pas, je n'ai pas l'impression qu'on peut réellement se former [...] Les grandes théories dans les cours, je pense que c'est assez et que ça donne une très bonne idée. Mais c'est par la pratique que tu approfondis réellement ta compréhension et ce qu'ils voulaient dire. Parce que je pense que même si on le voudrait, je ne pense pas qu'on peut livrer concrètement toute la théorie, tous les impacts, tout le comment faire de l'AT ou de la correction d'une RA uniquement à travers la théorie. (8.T)

Ce n'est pas un concept majeur dans notre enseignement. Moi, je n'ai pas une formation très poussée là-dessus. Ce que l'on apprend, c'est les psychothérapies, comment faire des données probantes, comment faire de la recherche, c'est quoi les grands instruments pour évaluer les personnes. Pour ce qui est de tisser l'alliance en tant que tel, on couvre ça rapidement. Le problème, c'est que les cours qui étaient dédiés à ça, on est face à un mur : le mur de l'expérience de thérapie. C'est que c'est appris alors que l'alliance, c'est un concept qui est expérientiel. Il faut le vivre pour l'apprendre. Donc, de se le faire expliquer cognitivement, avant de le vivre, ça dérape dans quelque chose qui n'a pas rapport. Moi, dans des cours, j'ai souvent vu que ça dérapait vers : « oui, mais est-ce qu'il faut vouvoyer ou tutoyer les clients? ». [...] J'ai l'impression de faire un peu un débat stérile. (2.H)

On en a parlé quelque fois, là, mais ce n'est pas très élaboré. On n'a pas passé 45 heures là-dessus. On l'a vu un peu, là, mais... Je ne sais pas si j'aurais voulu avoir 45 heures là-dessus. Pas sûr [...] C'est sûr que j'ai une vision de la vie et que tu apprends à nager en nageant. Donc, quand tu l'as expliqué théoriquement... Peut-être en supervision ça aurait été intéressant d'en parler plus, par exemple : « quelque sorte d'AT que tu as avec ce client-là? Qu'est-ce qui se passe dans l'alliance? Etc. »... J'aurais préféré en parler en supervision; pas dans un cours théorique [...] Parce qu'en une heure de cours, tu as fait le tour, mais en supervision, oui ça serait intéressant qu'on en parle plus. (7.P)

3.64

Ça aurait été intéressant d'approfondir plus en détails les subtilités. Notamment en pratiquant ça avec des jeux de rôles. En faisant des simulations de tel ou tel genre de rupture. Ou encore avec des vidéos, là. Les vidéos qu'on était supposé prendre et qu'on prenait plus ou moins [...] Et là, on pourrait s'attarder sur : « bon, qu'est-ce qui se passe, là? As-tu remarqué, là, le client est moins présent? Il a dit tel chose. Il semble plus impliqué... Oups, il devient moins présent » [...] Tsé, quand on parle de données techniques, bien ça serait intéressant d'établir ça : « comment je me sentais aujourd'hui? Comment je pense que mon client était aujourd'hui? Le sentais-tu émotivement présent? Qu'est-ce que tu penses qui fait qu'il était moins impliqué? ». Ça serait intéressant... Puis aussi, tsé, les gens qui arrivent et qui sont « full dedans »,

la première rencontre. C'est comme trop. Tu dirais : « ah, il est ben trop dedans, lui. Il est à 12 sur 10 »... Ça aurait été intéressant d'analyser ça de ce côté-là. (7.P)

De l'expérience, de l'expérience et encore de l'expérience. Dans le sens de : « toi, tu vas jouer un client et tu vas confronter Pierre qui va agir à titre de thérapeute ». Et après ça, on fait un retour : « comment est-ce que tu te sens? Quelles stratégies est-ce que tu vas utiliser avant et après la rupture? » [...] Il faut que je le vive! J'ai beau savoir la définition par cœur ou connaitre c'est quoi qu'il faut que je sache concernant rôles, les tâches et les objectifs, mais ce n'est pas ça, l'AT. Je peux savoir la définition par cœur mais concrètement, ça ne m'aide pas [...] Il faut plutôt le vivre concrètement. (9.T)

L'AT, c'est de l'expérientiel. C'est donc de ça qu'on aurait besoin [...] Le faire, c'est exactement ça que je fais dans la thérapie de groupe, en psychodrame que je suis. On n'en parle pas, on le fait [...] Il y a des périodes de retour et de questions à ce sujet-là. Mais le gros du travail est fait au travers de l'action. (2.H)

Qu'on se pratique plus du genre : « qu'est-ce qu'on peut faire et comment réagir devant différentes éventualités ». Donc une formation théorique plus poussée, oui, mais pour nous permettre de pratiquer davantage. Je dis davantage mais on ne l'a pas pratiqué du tout... C'est d'ailleurs ce qui m'a le plus manqué au sujet de l'AT et de sa réparation, c'est de l'expérience [...] Je trouve qu'on a des beaux outils avec les enregistrements. On aurait pu se servir de ça afin d'apprendre à être capable, dans le concret là, de dire : « voilà un exemple où toi et ton client êtes en RA. Et voici comment tu pourrais récupérer ça, en disant telle ou telle affaire...» [...] Ça été difficile pour moi de faire le pont, dans ma formation entre tous les acquis théoriques qu'on s'est fait bourrer pendant plusieurs années, puis raccrocher ça au côté pratique [...] Donc se pratiquer dans des expériences concrètes en étant accompagné, c'est ça que j'aurais eu besoin davantage de recevoir. (10.T)

Personnellement, je suis très bien tombé. Dans mes stages, je trouve qu'il y a eu un très bon soutien pour m'aider à comprendre, entre autres par rapport à « comment faire » concernant l'AT et les RA [...] Dans les cours, il y a aussi les jeux de rôles qui ont contribué à mon apprentissage. J'ai d'ailleurs trouvé que les cours les plus intéressants, c'était les cours, justement, où il y avait des jeux de rôles. Mais il n'y en a vraiment pas eu beaucoup [...] J'aurais souhaité avoir plus de cours qui intègrent davantage les jeux de rôles. Il me semble que ça ne serait quand même pas mauvais s'il y en avait eu plus qui incluraient un volet plus pratique [...] Même si ça demeure une simulation, ça donne quand même une bonne idée concrète. C'est très pertinent car ça nous sort de la théorie pour nous rapprocher de la clinique. C'est une pratique d'expérience. (8.T)

3.65

J'aurais souhaité des genres de supervision qui sont réservées seulement à ça. Tsé, de parler ouvertement des RA et de se pratiquer en masse. Je veux dire de ce qui les cause, des indices pour les reconnaitre, de comment les récupérer et tout ça [...] Parce que tsé, le fait qu'on est évalué, ça peut faire qu'on a peur d'aborder certains sujets qui arrivent avec nos clients [...] C'est sûr que la supervision est la bonne occasion pour en parler, puis de se pratiquer et d'apprendre mais, en même temps, ça amène plein de questions. « Qu'est-ce que mon superviseur va en penser? Est-ce qu'il va me trouver pas bonne d'avoir fait ça? Est-ce que ça pourrait faire en sorte que je coule mon stage et que je doive le recommencer »? [...] On devrait donc séparer ça et il devrait y avoir des supervisions qui servent uniquement à ça, dans un contexte où il n'y aurait aucune évaluation. La seule chose qui importerait serait la pratique. (10.T)

3.66

Considérant la place que ça prend dans le succès d'une démarche de psychothérapie, je trouve que les étudiants devraient pouvoir bénéficier d'un cours au complet réservé à l'AT, et un cours au complet sur sa réparation [...] Ça donnerait l'occasion de bien saisir théoriquement des notions aussi abstraites. Étant donné la complexité du sujet, ça serait important que les étudiants aient la chance de pratiquer et re-pratiquer, en en faisant l'expérience concrète, pour mieux apprendre la manière d'être avec des clients, relationnellement parlant. Qu'on est la chance de vivre c'est quoi être en lien, comment on bâtit ça, une relation avec un client, et comment on doit réagir, lorsqu'on se retrouve dans une impasse relationnelle avec un client [...] Je ne comprends pas qu'on consacre aussi peu de temps dans notre formation à un sujet aussi significatif dans la réussite d'une thérapie. (12.H)

Je voudrais en apprendre davantage sur le « nous », plutôt que le « je » de moi le thérapeute, et le « tu » de l'autre, le client qui est de l'autre côté. (3.P)

Je pense qu'il serait vraiment très profitable qu'on axe davantage notre formation sur la côté relationnel de la thérapie. Qu'on ne nous apprenne pas seulement des techniques, mais aussi qu'on nous enseigne comment « être ensemble », avec nos clients. Qu'on puisse leur offrir une véritable présence, de faire l'expérience et saisir plus fondamentalement la signification de ce que c'est que d'être vraiment en lien avec nos clients. (11.H)

On a été chanceux d'avoir Mme Brillion comme chargée de cours. C'était très intéressant, mais je ne te cacherais pas que c'était tellement dense, comme matière, que pour bien faire, il aurait fallu au moins tripler ce qui a été dit à l'intérieur de ce cours-là. [...] Mais à mon avis -et je pense que ça parait, surtout dans les questions précédentes-, je n'ai absolument pas la conviction que je maitrise ce sujet-là. Donc,

oui, il y a une part qui est attribuable à mon manque d'expérience, à un travail que j'ai à poursuivre sur moi-même. Mais je pense qu'il y a une partie de moi qui aurait aimé avoir plus d'infos, qui aurait aimé pouvoir pousser ça pas mal plus que bien d'autres affaires qui ont été discutées pendant le *bacc* et le doctorat. (6.P)

C'est un enseignement qui s'est beaucoup trop limitée à l'aspect théorique. En plus, je pense que les superviseurs que j'ai eus n'étaient absolument pas orientés par rapport à ça. Donc, ça été difficile pour moi [...] Il me semble que ça aurait été bénéfique qu'on puisse suivre un cours au complet là-dessus [...] D'avoir la chance de mieux comprendre théoriquement et de pratiquer. « Comment bâtir et maintenir l'alliance, comment revenir sur une rupture, comment l'utiliser comme outil thérapeutique. C'est ça que j'aimerais approfondir davantage. (4.T)

Je dirais qu'on aurait besoin de plus qu'un seul cours, en fait... Il y a quelque chose de très fondamental là-dedans mais malheureusement, il y a plein de choses qu'on n'apprend pas. Donc, quand ça arrive dans notre bureau, on a toujours l'impression que c'est de notre faute... On n'est comme pas à même de se « battre » avec nous-mêmes, pour un aspect du contenu qui ne nous appartient probablement même pas. Ça fait qu'on est encore moins à même de savoir quoi faire avec [...] Ça serait aidant d'apprendre à reconnaître les indices pour reconnaître les RA [...] J'aurais aimé ça, aussi, qu'on m'enseigne certaines phrases, certaines façons de faire. Parce que je trouve que c'est un art, que d'amener la relation dans une discussion [...] Il me semble que ça serait logique qu'on nous apprenne des éléments théoriques de l'AT du genre apprendre ce qui risque davantage de survenir dans la relation ou encore la signification des comportements des personnes, en fonction de leur style de personnalité. Qu'est-ce qu'ils essaient d'accomplir quand ils agissent de façon X ou qu'est-ce qu'ils essaient de nous dire, exactement, lorsqu'ils réagissent de manière Y? (1.T)

ANNEXE D

TABLEAU RÉSUMÉ CONCERNANT LES RUPTURES D'ALLIANCE

Les ruptures d'alliance

Deux consensus importants au sujet des RA :

1) Les moments négatifs et les RA sont des éléments inévitables en thérapie.

2) Une des habiletés les plus importantes du thérapeute est celle d'être capable de composer avec ce genre de situations, et de réparer les RA (Binder and Strupp, 1997; Bordin, 1994; Henry and Strupp, 1994; Horvath 1995; Safran et Muran, 2011, 2000a, 1996).

Autres faits significatifs au sujet des RA :

1) La négociation des RA se trouve au cœur du processus de changement et les impasses thérapeutiques représentent d'excellentes fenêtres d'opportunité pour accéder aux schémas relationnels du client, plutôt que comme des obstacles à surmonter (Safran et Muran, 2011, 2000a, 1996);

2) Les processus thérapeutiques ayant fait l'expérience d'une RA entre le thérapeute et son client, et qui ont été réparées, sont généralement associées à de meilleurs résultats thérapeutiques que les alliances n'ayant pas connu des ruptures, ou encore que les alliances dont les ruptures n'ont pas été restaurées (Baillargeon *et al.*, 2003; Kivlighan & Shaughnessy, 2000; Muran & al., 2009; Patton & al., 1997; Stiles & al., 2004; Strauss *et al.*, 2006);

3) Les démarches réussies sont souvent associées à une AT suivant une courbe « haute-base-haute » au cours de la psychothérapie (Sprenkle *et al.*, 2009; Stiles & al., 2004), ce qui laisse croire que la somme du changement repose souvent sur la construction (et la réparation) d'une alliance de travail solide (Bordin, 1983; Safran et Muran, 2011, 2000, 1996);

4) Cela met en relief l'association entre les réparations de RA et le succès en thérapie (Golden & Robbins, 1991, Strauss *et al.* 200), de même que de l'importance, au-delà de la collaboration, de la négociation constante des RA entre le thérapeute et son client (Stiles *et al.*, 2004).

Définition des RA :

Une *tension*, une *interruption* ou un *bris de la collaboration* entre le client et le thérapeute, ce qui peut se traduire à la fois par une *déconnexion émotionnelle*, une *brisure du lien affectif*, un *appauvrissement de la relation* ou une *détérioration de la communication* (Safran et Muran, 1996).

Deux types de RA	
Ruptures de **retrait**	Ruptures de **confrontation**
Plus diffuse : Le client se *retire*, se *désengage* partiellement de la relation thérapeutique.	Plus directe : Le client *fait connaitre son mécontentement* de manière franche et ouverte.
▪ exprimer des *inquiétudes* (ou des insatisfactions), de façon plus ou moins vague et indirecte; ▪ ne *rien dire* thérapeute; ▪ attitudes d'*évitement* (retrait, passivité, apathie, indifférence, nonchalance, impassibilité, silence, distance émotionnelle, etc.); ▪ attitude de *conformité* au désir du thérapeute (dissimulation, simulation, etc.).	▪ sous un *mode d'attaque* (critique, hostilité, agressivité, provocation, opposition, contestation, etc.) (Safran et Muran, 2000a).
Le **danger** pour le thérapeute :	
Retrait : Attitudes de conformité peuvent conduire le	Confrontation : L'hostilité des clients représente un des *affects les plus menaçants* pour les thérapeutes novices (Davis *et al.*, 1985;

thérapeute à croire en une *pseudo-alliance.* (Safran et Muran, 2000a).	Sharkin & Gelso, 1993). Un grand nombre de thérapeutes éprouvent de grandes difficultés lorsqu'ils vivent des *situations tendues* ou *conflictuelles* avec leurs clients, particulièrement lorsque ces derniers démontrent des signes de colère ou d'hostilité (Binder & Strupp, 1997). ▪ Engendre une anxiété telle que cela les inciterait à adopter un comportement d'*évitement*; ▪ Engendre des sentiments de *dépréciation* et d'*incompétence* qui affectent considérablement la capacité des thérapeutes à réguler leurs émotions; ▪ Réagir *eux-mêmes* par de la *colère* est associé à de faibles taux de réussite thérapeutique. Le travail thérapeutique est mis *en péril* lorsque des affects ou des *éléments de transfert négatif* prennent place dans la relation, (p. ex. : quand le client remet en question les habiletés professionnelles de son thérapeute (Hill *et al.*, 2003). La charge d'affects négatifs que porte le client peut engendrer des sentiments négatifs chez le thérapeute, ce qui le conduit parfois à *réagir de manière contre-productive* (p. ex. : en se *retirant*, ou en adhérent de manière *trop rigide* aux *techniques* d'intervention), ce qui interagit négativement dans la formation de l'AT et les résultats de la démarche (Castonguay, 1996). Ce genre de réactions contribue à *renforcer le cycle de RA* conduisant aux *impasses relationnelles* et cela augmente, par le fait même, le risque de *terminaisons unilatérales* et d'abandons thérapeutiques prématurés (Safran & Muran, 2000a).

Marqueurs pour reconnaître les RA	
Ruptures de <u>retrait</u>	Ruptures de <u>confrontation</u>
▪ *déni* (le client nie ressentir de la colère); ▪ réponse minimale (le client répond aux questions exploratoires du thérapeute par des réponses courtes et	▪ se *plaindre au sujet du thérapeute* en tant que personne (le client va s'en prendre à la réserve du thérapeute à répondre à une question en le blâmant de

peu investies); ▪ *changement du sujet* (le client en train d'explorer une situation va soudainement s'intéresser à quelque chose qui a peu ou pas à voir avec cette situation); ▪ *intellectualisation* (le patient va faire part d'une expérience douloureuse de manière détachée, cérébrale) ; ▪ *anecdotes* (le client va utiliser quantité de détails pour rapporter une situation); ▪ *parler d'autrui* (le client passe un temps disproportionné à parler des autres et de ce qu'ils font).	passivité); ▪ aux *compétences du thérapeute* (le client trouve les remarques du thérapeute inutile et questionne ses habiletés); ▪ aux *actions du thérapeute* (le client devient irrité par les questions exploratoires du thérapeute au sujet de son expérience affective); ▪ du fait d'*être en thérapie* (le client va confronter le thérapeute sur la pertinence de poursuivre la démarche); ▪ les *paramètres de la thérapie* (le client va se plaindre des inconvénients de l'heure des rencontres); ▪ des *progrès de la thérapie* (le client va se plaindre du manque d'amélioration significatif de la démarche) (Safran & Muran, 2000a).

Quelques <u>faits significatifs</u> au sujet des marqueurs de RA :

1) Les marqueurs de RA sont parfois très subtils; ils peuvent donc facilement échapper aux thérapeutes (Eubanks-Carter *et al.*, 2015; Derisley & Reynold, 2000);

2) Il semble que 65% des clients ne font pas directement mention de leurs insatisfactions (Hill *et al.*, 1996) et que dans seulement 27% des cas, les thérapeutes relèvent des marqueurs témoignant de RA (Rennie, 1994);

3) Plus l'AT est positive, moins il y a d'abandons thérapeutiques (Raue & Goldfried, 1994) et que tout près de 50 % de ceux-ci sont dus à des tensions relationnelles (Lecomte, 2007);

4) Le taux d'abandon prématuré varie de 40 à 67 %, en thérapie, selon les problématiques du client (Clarkin & Levy; 2004) mais, trop souvent, les thérapeutes ne découvrent les marqueurs de ruptures qu'au moment de la terminaison précipitée (Safran *et al.*, 2001);

5) La détection des marqueurs ne signifie pas qu'ils seront abordés et travaillés de manière profitable pour autant (Sprenkle *et al.*, 2009).

BIBLIOGRAPHIE

Ackerman, S. & Hilsenroth, M. (2003). A review of therapist characteristics and techniques positively impacting the therapeutic alliance, *Clinical Psychology Review*, 23, 1–33

Asay, T. P. & Lambert, M. J. (2001). Therapist relational variables. Dans D. J. Cain, & J. Seeman (Éds), *Humanistic psychotherapies : Handbook of research and practice* (pp. 531-557). Washington, DC. : American Psychological Association.

Aspland, H., Llewelyn, S., Hardy, G.E., Barkham, M. & Stiles, W. (2008). Alliance ruptures and rupture resolution in cognitive-behavior therapy: A preliminary task analysis. *Psychotherapy Research, 18(6)*, 699-710.

Aubert, F. (2009) L'archipel identitaire, concepts psychanalytiques et développementaux sur les troubles de la personnalité. Les Éditions Québécor, Montréal, 288 p.

Bachelor, A. (1995). Clients' perception of the therapeutic alliance : A qualitative *analysis. Journal of Counseling Psychology, 42,* 323-337.

Baillargeon, P., Pinsof, W. et Leduc, A. (2005). Modèle systémique de l'alliance thérapeutique, *Revue européenne de psychologie appliquée*, 55, (2005) 137–143

Baillargeon, P., Leduc, A. et Côté, R. (2003). Les modèles expérimentaux du processus de résolution des ruptures de l'alliance thérapeutique, *Revue de psychoéducation et d'orientation*, vol. 32, no2, pp. 373-392

Bandura, A., Lipsher, D. H. & Miller, P. E. (1960). Psychotherapists approach-avoidance reactions to patients' expressions of hostility, *Journal of Consulting Psychology*, 24, 1-8.

Barber, J.P, Connolly, M.B., Crits-Christoph, P., Gladis, L. & Siqueland, L. (2009). Alliance predicts patients' outcome beyond in-treatment change in symptoms. *Personality Disorders: Theory, Research and Treatment, S(1)*, 80-89.

Barber, J. P., Connolly, M. B., Crits-Christoph, P., Gladis, L. & Siqueland, L. (2000). Alliance predicts patients' outcome beyond in-treatment change in symptoms. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 68,* 1027-1032.

Barber, J. P., Luborsky, L., Crits-Christoph, P., Thase, M. E., Weiss, R., Frank, A., Onken, L. & Gallop, R. (1999). Therapeutic alliance as a predictor of outcome in treatment of cocaine dependence. *Psychotherapy Research*, 9(1), 54–73.

Barrett-Lennard, G. T. (1962). Dimensions of therapist response as causal factors in therapeutic change. Psychological Monographs: General and Applied, 76, 1-33.

Bateman, A. & Fonagy, P. (2000). Effectiveness of psychotherapeutic treatment of personality disorder, *The British Journal of Psychiatry*, (2000) 177: 138-143

Beau, J.-P. (2003). « L'échantillonnage », dans Gauthier, B. *Recherche sociale : de la problématique à la collecte des données*, Presses de l'Université du Québec, Sainte-Foy, p. 211-242

Becker, H.S. (2002). *Les ficelles du métier, Comment conduire sa recherche en sciences sociales*; Guides « Repères », Ed. La Découverte, Paris.

Bergin, A.E. & Garfield, S.L. (1994). *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change, 4th Edition*. New York: Wiley.

Berzins, P. (2008). Therapeutic alliance as a predicator of psychotherapy process and outcome: The role of expert versus novice raters, Fordham University, avril 2008, 208 p.

Bethea, A.R., Acosta, M.C. & Haller, D. (2008). Patient versus therapist alliance : whose perception maters? *Journal of Substance Abuse Treatement*, 35, 174-183

Beutler, L. E., Moleiro, M.C., Rocco, F. & Talebi, H. (2001). *Resistance.* Psychotherapy,38(4), 431-436.

Beutler, L. (1998). *La psychothérapie éclectique systématique*, dans : Norcross, J. et Goldfried, M. (1998) Psychothérapie intégrative, Desclée de Brouwer, Coll. Reconnaissances, p. 177-210

Binder, J. L. & Strupp, H. H. (1997). "Negative process" : A recurrently discovered and underestimated facet of therapeutic process and outcome in the individual psychotherapy of adults. *Clinical Psychology : Science and Practice*, 4, 121-139.

Bioy, A. et Bachelart, M. (2010). *L'alliance thérapeutique : historique, recherches et perspectives cliniques*. Perspectives Psy. 2010/4, Vol. 49, Paris, p. 317-326.

Blatt, S. J., Sanislow, C. A., Zuroff, D. C. & Pilkonis, P. A. (1996). Characteristics of effective therapists : Further analyses of data from the National Institute of Mental Health treatment of depression, Collaborative Research Program, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 162-171.

Bouvet, M. (2006) La relation d'objet : névrose obsessionnelle, dépersonnalisation, PUF, Coll.: Le fil rouge, 2006, 435 p.

Bordin, E. S. (1994). Theory and research in the therapeutic working alliance: New directions. In A. Horvath & L. S. Greenberg (Eds.), *The working alliance: Theory, research, and practice* (pp. 13-37). New York: Wiley.

Bordin, E. S. (1983). A working alliance based model of supervision. *Counseling Psychologist*, 11, 35-42.

Bordin, E.S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. Psychotherapy: Theory, research, and practice, 16, 252-260.

Boutin, M. (2005). *La relation entre l'alliance thérapeutique, la santé mentale ainsi que la satisfaction envers la thérapie au cours d'un processus psychothérapeutique chez l'adulte*, mémoire de maîtrise présenté à l'Université du Québec, à Chicoutimi, comme exigence partielle de la maîtrise en psychologie, décembre 2005, 176 p.

Boutin, G. (1997). *L'entretien de recherche qualitatif*, Sainte-Foy, Presses de l'Université du Québec, 169 p.

Brogan, M., Prochaska, J. O. & Prochaska, J. M. (1999). Predicting termination and continuation status in psychotherapy using the transtheoretical model. *Psychotherapy*, 36, 105-113.

Buirski, P. & Haglund, P (2001). Making Sense Together, the Intersubjective Approach to Psychotherapy, Jason Aronson, Northvale, New-Jersey, 256 p.

Caillard, V. et Chastang, F. (2010). *Le geste suicidaire*, Psychopathologie, Masson, 322 p.

Campbell, M. & Gregor, F. (2002). Mapping the social: A primer in doing institutional ethnography. Aurora, On: Garamond Press.

Carle, A. et Drouin, M.-S. (2008). L'intervention auprès de clients-psychothérapeutes : le développement professionnel et la psychothérapie personnelle, *Psychologie Québec*, Volume 25, numéro 04, juillet 08, p. 20-22

Castonguay, L. & Hill, C. (2012). *Transformation in Psychotherapy. Corrective Experiences Across Cognitive Behavioral, Humanistic, and Psychodynamic Approaches.* American Psychological Association, Washington, DC, 392 p.

Castonguay, L. G., Constantino, M. J. & Holtforth, M.G. (2006). The working alliance: Where are we and where should we go? *Psychotherapy, 43,* 271-279.

Castonguay, C, Goldfield, M., Wier, S., Raue, P. & Hayes, J. (1996). Predicting the effect of cognitive therapy for depression : A study of unique and common factors. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 64,* 497-504.

Castonguay, L. (1987) *Facteurs communs : vers un modèle transthéorique de la psychothérapie*, dans : « Rapprochement et intégration en psychothérapie; psychanalyse, behaviorisme, et humanisme », Lecomte, C. et Castonguay, L., Gaëtan Morin, Montreal, p. 185-205.

Cecero, J. J., Fenton, L. R., Nich, C, Frankfurter, T. M. & Carroll, K. M. (2001). Focus on therapeutic alliance : The psychometric properties of six measures across three treatments. *Psychotherapy : Theory, Research, Practice, Training, 38,* 1-11.

CECS : Comité des études de cycles supérieurs en psychologie. (2008). Le projet de recherche doctorale (PRS), Université du Québec à Montréal, Le PRD au département de psychologie de l'UQAM, document préliminaire, novembre 2008, 42 p.

Chalifour, J. (2000). *L'intervention thérapeutique : les fondements existentiels-humanistes de la relation d'aide*, Volume 1, Gaëtan Morin, Boucherville, 285 p.

Chambless, D. (2006). *What should be validated.* Dans: Norcross *et al.* (Éds.). Evidence-based practices in mental health: Debate and dialogue on the fundamental questions, Washington: American Psychological Association, 191-256.

Chevrier, J. (2003). « La spécification de la problématique », dans Gauthier, B. *Recherche sociale : de la problématique à la collecte des données*, Sainte-Foy, Presse de l'Université du Québec, p. 51-84

Clarkin J.F. & Levy K.N. (2004). The influence of client variables on psychotherapy. In Lambert M.J. (Ed.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change.* New York: Wiley & Sons.

CNRTL, 2014 :
http://www.cnrtl.fr/lexicographie/rupture

Coady, N.F. (1991). The association between client and therapist interpersonal processes and outcomes in psychodynamic psychotherapy. *Res Social Work Practice* 1:122-138

Connolly, M. B., Crits-Christoph, P., De la Cruz, C, Barber, J. P., Siqueland, L. & Gladis, M. (2003). Pretreatment expectations, interpersonal functioning, and symptoms in the prediction of the therapeutic alliance across supportive-expressive psychotherapy and cognitive therapy. *Psychotherapy Research, 13,* 59-76.

Crête, J. (2003). « L'éthique en recherche sociale », dans Gauthier, B. *Recherche sociale : de la problématique à la collecte des données*, Presses de l'Université du Québec. Sainte-Foy, p 243-266

Crits-Christoph, P., Barber, J. & Kurcias, J. (1993). The accuracy of therapists' interpretations and the development of the therapeutic alliance. *Psychotherapy Research, 3(1),* 25-35.

Crits-Christoph, P., Baranackie, K., Kurcias, J., Beck, A., Carroll, K., Perry, K., Luborky, L., McLellan, A., Gallagher, D. & Zitrin, C. (1991). Meta-analysis of therapist effects in psychotherapy outcome studies, *Psychotherapy Research*, 1 (2), p. 81-91

Davenport, B. & Ratliff, D. (2001). Alliance ratings as part of trainee evaluation within amily therapy training. *Contemporary Family Therapy, 23,* 441-454.

David, H. (1987). Parcours de la psychanalyse : de l'exclusivité au partage, dans : « Rapprochement et intégration en psychothérapie; psychanalyse, behaviorisme, et humanisme », Lecomte, C. et Castonguay, L., Gaëtan Morin, Montréal, p. 63-80.

Davis, K., Hector, M. A., Meara N. M., King, J. W., Tracy, D. C. & Wycoff, J. P. (1985). Teaching counsellor trainees, to respond consistently to difficult aspects of anger, *Journal of Counseling Psychology,* 32, 580-588.

Delisle, G. (2004). *Les pathologies de la personnalité.* Perspectives développementales. Les éditions du CIG, Montréal, 226 p.

Delisle, G. (1998). *La relation d'objet en Gestalt thérapie.* Les éditions du CIG, Montréal, 412 p.

Del Rea, A., Flückiger, C., Horvarth, A., Symonds, D., & Wampold, BD (2012) Therapis effects in the therapeutic alliance-outcome relationship: A restricted-maximum likehood meta-analysis, *Clinical Psychology Review*, Volume 32, Issue 7, November 2012, p. 642-649

Derisley J., Reynolds, S. (2000). The transtheoretical stages of change as a predictor of premature termination, attendance and alliance in psychotherapy. *British Journal of Clinical Psychology*. 39, 371-382.

Despland, J.-N., de Roten, Y., Martinez, E., Plancherel, A.C. et Solai, S (2000). L'alliance thérapeutique : un concept empirique, Psychitatrie, *Revue Médicale Suisse*, vol. 58, n°2315, pp. 1877-1880

Diamond, G. M., Diamond, G. S. & Liddle, H. A. (2000). The therapist-parent alliance in family-based therapy for adolescents. Journal of Clinical Psychology, 56(8), 1037-1050.

D'Iuso, D., Blake, E., Fitzpatrick, R. & Drapeu, M. (2009). Cognitive errors, coping patterns, and the therapeutic alliance: A pilot study of in-session process', Counselling and Psychotherapy Research, 9: 2, 108 — 114

Doran, J.M., Safran, J.D. & Muran, J.C. (2017) An Investigation of the Relationship Between the Alliance Negotiation Scale and Pschotherapy Process and Outcome. *Journal of Clinical Psychology*. April 2017, Volume 73 (4), 449-465

Doran, J.M. & Safran, J.D (2016) The working alliance: Where have we been, where are we going? *Psychotherapy Research*. April 2016, Volume 26 (2), 146-163

Drouin, M.-S. (2005). Les compétences et les *écueils* du thérapeute. *Revue Québécoise de Gestalt*. Vol 8, p. 55-67.

Dryden, W. (Ed.). (1992). *Hard earned lessons from counsellors in action*. London: Sage.

Durand, C. et Blais, A. (2003). « La mesure », dans Gauthier, B. *Recherche sociale : de la problématique à la collecte des données,* Presses de l'Université du Québec, Sainte-Foy, p. 185-210

Eames, V. & Roth, A. (2000). Patient attachment orientation and early working alliance – A study of patient and therapist reports of alliance quality and ruptures. *Psychotherapy Research, 10(4),* 421-434.

Eisen, S. V., Dickey, B. & Sederer, L. I. (2001). Increasing consumer involvement in treatment. Dans B. Dickey, & L. I. Sederer (Éds), *Improving mental health care :*

Commitment to quality (pp. 275-284). Washington, DC. : American Psychiatric Publishing Inc.

Elliot, R. (2004). *Learning emotion-focused therapy: the process-experiential approach to change,* American Psychology Association, Washington, DC, 366 p.

Eubanks-Carter, C, Muran, J.D., Safran, J.C. (2015). Alliance-Focus Training. *Psychotherapy*, June 2015, Volume 52 (2), 169-183

Fenton, L.R., Cecero, J., Nich, C., Frankforter, T.L. & Carroll, K. (2001). Perspective is everything: The predictive validity working alliance instruments. *Journal of Psychotherapy Practice & Research*, 10 (4), 262_268.

Ferenczi, S. (1932/1988). *The clinical diary of Sandor Ferenczi. Cambridge*, MA: Harvard University Press.

Fife, S., Whiting, J.B, Bradford, K., & Davis, S. (2014). The therapeutic Pyramid: A common factors Synthesis of techniques, Alliance, and Way of being, *Journal of Marital and Family Therapy*, January 2014, Vol. 40 (1), 20-33

Flückiger, C., Del Rea, A, Wampold, B.D., Symonds, D. & Horvath, A. (2012) How central is the alliance in psychotherapy? A multilevel longitudinal meta-analysis, *Journal of counselling Psychology*, January 2012, 59 (1), 10-17

Fortin, M.F. (1996). *Le processus de la recherche : de la conception à la réalisation.* Ville Mont-Royal, Québec : Décarie éditeur inc., 380 p.

Frank, J. D. et Frank, J. B. (1991). *Persuasion and healing* (3e éd.). Baltimore : The John Hopkins University Press.

Frieswyk, S. H., Allen, J.G., Colson, D., Coyne, L., Gabbard, G.O., Horwitz, L. & Newsom, G. (1986) Therapeutic alliance: Its place as a process and outcome variable in dynamic psychotherapy research. Journal of Consulting and Clinical Psychology, Vol 54(1), Feb 1986, 32-38.

Gabbard, G.O. (2010) Psychothérapie psychodynamique : les concetps fondamentaux, Elsevier Masson, France, 208 pages

Garfield, S. (1998). *La psychothérapie éclectique : des facteurs communs*, dans : Norcross, J. et Goldfried, M. (1998). Psychothérapie intégrative, Desclée de Brouwer, Coll. Re-connaissances, p. 177-210

Gaston, L. (1994). The concept of the alliance and its role in psychtherapy : Theorical and empirical considerations. *Psychotherapy*, 27(2), 143-153

Gaston L. & Marmar, C. R. (1991). Manual for the California Psychotherapy Alliance Scales - CALPAS Unpublished manuscript. Department of Psychiatry McGill University, Montreal, Canada.

Gaston, L., Thompson, L., Gallagher, D., Cournoyer, L. & Gagnon, R. (1998). Alliance, technique, and their interactions in predicting outcome of behavioral, cognitive, and brief dynamic therapy. *Psychotherapy Research*, 8(2), 190–209.

Gelso, C.J. & Hayes, J.A. (1998). The Psychotherapy Relationship: Theory, Research and Practice. (p. 22-46): John Wiley & Sons: New York.

Gelso, C.J. & Carter, J.A. (1985). The relationship in counseling and psychotherapy. *Counseling Psychologist*, 13, 155-244

Giordano, Y. et Allard-Poesi, F. (2003). *Conduire un projet de recherche : une perspective qualitative*, Collections : Essentiels de la gestion, Colombelles, France : Éditions EMS, 318 p.

Glasser, B. et Strauss, L. (1967). *The discovery of grounded theory. Strategies for qualitative research*, New York, Aldine publishing company, 271 p.

Golden, B. & Robbins, S. (1990). The working alliance within time-limited therapy : A case analysis. Professional Psychology : Theory, Reasearch, and Practice, 21, 476-481.

Goldfreid, M. (1987) *Rapprochement en psychothérapie*, dans : « Rapprochement et intégration en psychothérapie; psychanalyse, behaviorisme, et humanisme », Lecomte, C. et Castonguay, L., Gaetan Morin, Montréal, p. 171-184

Goleman, D. (1995) L'intelligence émotionnelle ; accepter ses émotions pour développer une intelligence nouvelle. Collection psychologie, Éditions Robert Lafont, Paris, 506.

Gonzalez, D. M. (2001). Client variables and psychotherapy outcomes. Dans D. J. Cain, & J. Seeman (Éds), *Humanistic psychotherapies : Handbook of research and practice* (pp. 559-578). Washington, DC. : American Psychological Association.

Goodyear, R., Wertheimer, A., Cypers, S. & Rosemond, M. (2003). Refining the Map of the Counselor Development Journey: Response to Rønnestad and Skovholt, Journal of Career Development September 2003 vol. 30 no. 1 73-80

Goudreau, A., et Côté, G. (2001). La bibliothérapie : Comment favoriser l'alliance thérapeutique. *Revue québécoise de psychologie, 22,* 7-26.

Gratton, F. (1996). « La théorisation ancrée pour proposer une explication du suicide des jeunes », dans Dorvil, H. et Mayer. R. (Sous la direction de). *Problèmes sociaux*, Sainte-Foy, Presses de l'Université du Québec, p. 305-324.

Grawitz, M. (2000). *Méthodes des sciences sociales*, Dalloz, 11e éd. 2000

Greenberg, L.S. (2007). A guide to conducting a task analysis of therapeutic change. *Psychotherapy Research, 17(1)*, 15-30.

Greenberg, L. (2002). *Emotion-focused therapy : coaching clients to work through their feelings*, American Psychology Association, Washington, DC, 337 p.

Greenberg, L. & Pavio, S. (1997). *Emotion-focused therapy*, The Guilford Press, New-York, London, 304 p.

Greenberg, L., Elliott, R. & Lietaer, G. (1994). Research on experiential psychotherapies. In S. L.Garfield & A. E.Ber-gin (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (4th ed., pp. 509–539. New York : Wiley.

Greenson, R.R. (1967). *The technique and practice of psychoanalysis.* (Vol.1). New York: International Universities Press.

Hamel, J. (1997). *Étude de cas et sciences sociales*, Collection outils de recherche, Harmattan, 1997, 122 p.

Hanson, W., Curry, K.T. & Bandalos, D. (2002). Reliability generalization of working alliance inventory scale scores, *Educational and Psychological Measurement*, Vol. 62, No. 4, August 2002, 659-673

Hartley, D.E. & Strupp, H. (1983). The therapeutic allaince : its relationship to outcome in brief psychotherapy. In J. Masling (Eds.), Empirical studies in analytic theories (pp 1-37). Hillside : Erlbaum

Henry, W.P. & Stupp, H.H. (1994). The therapeutic alliance as interpronal process. In A.O. Horvath & L.S Greenberg (eds.). The working alliance : Theory, research, and practice (pp. 51-84). New-York:Wiley

Henry, W. P., Schacht, T. E., Strupp, H. H., Butler, S. F. & Binder, J. L. (1993). The effects of training in time-limited dynamic psychotherapy: Mediators of therapist's response to training. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61(3), 441–447.

Henry, W. P., Schacht, T. E. & Strupp, H. H. (1986). Patient and therapist introjects, interpersonal process and differential psychotherapy outcome. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 58*, 768-774.

Hersoug, A. G., Hoglend, P., Havik, O. E., Von der Lippe, A. & Monsen, J.T. (2009). Therapist Characteristics Influencing the Quality of Alliance in Long-Term Psychotherapy, *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 16, 100–110

Hersoug, A. G., Monsen, J. T., Havik, O. E. & Hoglend, P. (2002). Quality of early working alliance in psychotherapy : Diagnoses, relationship and intrapsychic variables as predictors. *Psychotherapy and Psychosomatics, 71,* 18-27.

Hersoug, A., Høglend, P., Monsen, J.T. & Havik, O. (2001). Quality of Working Alliance in Psychotherapy, Therapist Variables and Patient/Therapist Similarity as Predictors, *Journal of Psychotherapy Practice and Research*, October 2001, 10: 205-216

Hill, C. E., Kellems, I. S., Kolchakian, M. R., Wonnell, T. L., Davis, T. L. & Nakayama, E. Y. (2003). The therapist experience of being the target of hostile versus unsuspected-unasserted client anger: Factors associated with resolution, *Psychotherapy Research*, 13 (4), 475-491.

Hill, C. E., Williams, E. N., Thompson, B. J. & Rhodes, R. H. (1996). Therapist retrospective recall of impasses in long-term psychotherapy: A qualitative analysis, *Journal of Counseling Psychology,* 43 (2), 207-217.

Hillard, R. B., Henry, W. P. & Strupp, H. (2000). An interpersonal model of psychotherapy: linking patient and therapist developmental history, therapeutic process, and types of outcome. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68(1), 125–133.

Hilsenroth, M., Ackerman, S., Clemence, A. & Strassle, C. (2002). Effects of structured clinician training on patient and therapist perspectives of alliance early in psychotherapy. *Psychotherapy, 39,* 309-323.

Horvarth, A., Flückiger, C. & Symonds, D. (2011) Alliance in individual psychotherapy. *Psychotherapy*, March 2011, Volume 48 (1), p. 9-29

Horvath, A. & Bedi, R. (2002). The alliance, dans : Norcross, J. (2002). *Psychotherapy Relationships That work, Therapist contributions and Responsiveness to Patients*, Oxford University Press, p. 37-69

Horvath, A. O. (2000). The therapeutic relationship: From transference to alliance. *Journal of Clinical Psychology Special Issue : Millenium issue, 56,* 163-173.

Horvath, A. O. (2001). The alliance. *Psychotherapy : Theory, Research, Practice, Training, 38,* 365-372.

Horvath, A.O. & Symonds, B. (1991). Relation between Working Alliance and outcome in psychotherapy: A meta-analysis. *Journal of Counseling Psychology*, 38, 2, 139-149.

Horvath, A.O. (1995). The therapeutic relationship: from transference to alliance. In Session: Psychotherapy in Practice, 1(1), 7-18.

Horvath, A.O. (1994). Research on the alliance. In A. O. Horvath & L. S. Greenberg (Eds.), The working alliance: Theory, research and practice (pp. 259-287). New York: Wiley.

Horvath, A.O. & Luborsky, L. (1993). The role of the therapeutic alliance in psychotherapy. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 61, 561-573.

Horvath, A.O. & Symonds, B.D. (1991) The relation between working alliance and outcome in psychotherapy: A meta-analysis. Journal of Counseling Psychology, 38, 139-149.

Horvath, A. O. & Greenberg, L. S. (1994). Introduction. In A. O. Horvath, & L. S. Greenberg (Eds.), *The working alliance: theory, research, and practice* (pp. 1–9). New York: Wiley.

Horvath, A. O. & Greenberg, L. (1986). The development of the Working Alliance Inventory: A research handbook. In L. Greenberg and W. Pinsoff (Eds.) Psychotherapeutic Processes: A Research Handbook, New York: Guilford Press.

Horwitz, L., Gabbard, G.O. & Allen, J.G. (1996) Borderline Personality Disorder: Tailoring the Psychotherapy to the Patient, American Psychiatric Publishing, Clinical Psychology, 256 p.

Howgego, I. M., Yellowless, P., Owen, C, Meldrum, L. & Dark, F. (2003). The therapeutic alliance : The key to effective patient outcome ? A descriptive review of the evidence in community mental health case management. *Australian & New-Zealand Journal of Psychiatry, 37,* 169-183.

Ionescu, S. (2002) 14 approches de la psychopathologie, collection psychologie. Fac. Nathan Université, 256 p.

IsHak, W. W., Burt, T. & Sederer, L. I. (2002). *Outcome measurement in psychiatry: A critical review.* Washington, DC. : American Psychiatric Press Inc.

Jacobs, T. (2000). On beginnings : The concept of the therapeutic alliance and the interplay of transferences in the opening phase. Dans S. T. Levy (Éd.), *The therapeutic alliance* (pp. 17-34). Madison : International Universities Press.

Johansson, H. & Eklund, M. (2003). Patients' opinion on what constitutes good psychiatric care. *Nordic College of Caring Sciences, 17,* 339-346.

Jennings, L. & Skovholt, T. M. (1999). The cognitive, emotional and relational characteristics of master therapists, *Journal of Counseling Psychology*, 46 (1), 3-11.

Kaufman, M. (2000). Effects of therapist self-monitoring on therapeutic alliance and subsequent therapeutic outcome. *Clinical Supervisor, 19,* 41-59.

Kazdin, A.E. & Whitley, M.K. (2006). Pretreatment social relations, therapeutic alliance, and improvements in parenting practices in parent management training. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74, 346-355.

Khan, E. (1996). The intersubjective perspective and the client-centered approach: are they one at the core? *Psychotherapy*, Volume 33, Spring 1996, Number 1, p. 30-42.

Kivlighan, D. M. & Shaughnessy, P. (2000). *Patterns of working alliance development: A typology of client's working alliance ratings. Journal of Counseling Psychology, 47(3),362-371.*

Kokotovic, A.M. & Tracey, T.J. (1990). Working alliance in early phase of Counseling. *Journal of Counselling Psychology, 37(1),* 16-21.

Kottler, J. A. (2003). *On being a therapist 3rd Edition.* San Francisco: John Wiley & Sons, Inc.

Kozart, M. F. (2002). Understanding efficacy in psychotherapy : An methodological perspective on the therapeutic alliance. *American Journal of psychiatry, 72,* 217-231.

Lambert, M.J. & Nocross, J.C. (2014). Relationship Science and Practice in Psychotherapy : Closing Commentary. Psychotherapy, Vol. 51, No. 3, 398-407

Lambert, M. (1998). *La recherche sur les résultats*, dans : Norcross, J. et Goldfried, M. (1998) Psychothérapie intégrative, Desclée de Brouwer, Coll. Re-connaissances, p. 105-140

Lambert, M. J. & Bergin, A. E. (1994). The effectiveness of psychotherapy, in Bergin, A.E., Garfleld, S.L., éds., *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*, New York, Wiley.

Lambert, M. J. & Okiishi, J. (1997). The Effects of the Individual Psychotherapist and Implications for Future Research, *Clinical Psychology: Science and Practice*, Volume 4, Issue 1, March 1997, p. 66-75,

Lambert, M.J. & Olges, B.M. (2004). The efficacy and effectiveness of psychotherapy. In M.J. Lambert (éd.). Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change. NewYork : JohnWiley and Sons,139-193.

Laperrière, A. (2003). « L'observation directe », dans Gauthier, B. *Recherche sociale : de la problématique à la collecte des données*, Presse de l'Université du Québec, Sainte-Foy, p. 269-292

Lazignac, C., Damsa, C., Cailhol, L., Andreoli, A., Pichene, C. et Moro, M.R. (2004). Facteurs sociodémographiques et construction de l'alliance thérapeutique aux urgences psychiatriques, *Annales Médico-psychologiques*, revue psychiatrique, Volume 163, Issue 1, February 2005, Pages 53-57

Lecomte, C. (2010). Comment améliorer son efficacité thérapeutique? *Documenter l'efficacité des interventions en psychothérapie*, Volume 1, numéro 1, Mars 2010, p 7-9

Lecomte, C. (2009). La clef d'une psychothérapie réussie: le thérapeute. *Sciences Humaines*:15, 32-33

Lecomte, C. (2007). *Quel est le secret des psychothérapeutes efficaces? Réflexion sur des facteurs explicatifs*. Présentation powerpoint, Université du Québec à Montréal, 25 p.

Lecomte, C. (1999). Face à la complexité et à l'incertitude : L'impossibilité de se défaire de soi, *Revue Québécoise de Psychologie*, 20 (2), 37-63.

Lecomte, C. (1987a) *Mythes et réalités de l'éclectisme en psychothérapie*, dans : « Rapprochement et intégration en psychothérapie; psychanalyse, behaviorisme, et humanisme », Lecomte, C. et Castonguay, L., Gaetan Morin, Montréal, p. 23-38.

Lecomte, C. (1987b) *Et maintenant, que faire, Les psychothérapeutes face à l'éclectisme*, dans : « Rapprochement et intégration en psychothérapie; psychanalyse, behaviorisme, et humanisme », Lecomte, C. et Castonguay, L., Gaetan Morin, Montréal, p. 207-221.

Lecomte, C., Savard, R., Drouin, M-S. et Guillon, V. (2004). Qui sont les psychothérapeutes efficaces? Implications pour la formation en psychologie, *Revue Québécoise de psychologie*, 25 (3), 73-102.

Lecomte, C. et Richard, A. (2003). De la subjectivité à l'intersubjectivité : pour une psychothérapie pleinement relationnelle, *Revue de la psychologie et de la motivation*, n° 35, p. 65-74

Lemaine, J.-M. (1965) Dix ans de recherche sur la désirabilité sociale. *Année psychologique*, 65 (1) 1965 : p. 118-130

Luborsky, L. (1976). Helping alliance in psychotherapy : The ground work for a study of the relationship to its outcome. In Claighhorn, J.L (Ed.), Succesfull psychotherapy (pp. 92-116). New-York : Brunner/Mazel

Luborsky L, Barber JP, Siqueland L, Johnson S, Najavits LM, Frank A & Daley D. (1996) The Revised Helping Alliance Questionnaire (HAq-II) : Psychometric Properties. J *Psychotherapy Practice Research*. 1996; 5(3) :260-71.

Luborsky, L., Crits-Christoph, P., McLellan, T., Woody, G., Piper, W., Imber, S. & Lieberman, B. (1986). Do therapists vary much in their success? Findings from four outcome studies, *American Journal of Orthopsychiatry*, 56, 501-512.

Luborsky, L., McLellan, T., Woody, G., O'Brien, C. P. & Auerbach, A. (1985). Therapist success and its determinants. *Archives of General Psychiatry* , 42, 602-611.

Luborsky, L., Crists-Cristoph, P. Alexander, L, Margolis, R. & Cohen, M. (1983). Two helping alliance methods for predicting outcomes of psychotherapy. Journal of Nervous and Mental Disease, 171, p. 480-489.

Luborsky, L. (1972). The personality of the psychotherapist, *Menninger Quarterly*, 6, 1-6.

Lusting, D. C, Strauser, D. R., Rice, N. D. & Rucker, T. F. (2002). The relationship between working alliance and rehabilitation outcomes. *Rehabilitation Counseling Bulletin, 46,* 24-32.

Mackie, AJ (1981). Attachment theory :. Its relevance to the therapeutic alliance. *British Journal of Medical Psychology, 54*, 203-212.

Mahoney, M. (1997). Psychotherapists' Personal Problems and Self-Care Patterns, *Professional Psychology; Research and Practice*, Vol. 28. No. 1, 14-16

Mahoney, M. (1991). *Human change processes, The Scientific Fondations of Psychotherapy*, Basic Books, Harper Collins Publishers, 590 p.

Mallinckrodt, B. & Nelson, M. (1991). Counselor training level and the formation of psychotherapeutic working alliance. *Journal of Counseling Psychology, 38(2),* 133-138.

Mallinckrodt, B. (1991). Client's representations of childhood emotional bonds with parents, social support, and formation of working alliance. *Journal of Counseling Psychology, 38*, 401-409

Martin, D. J. (1998). Relation of the therapeutic alliance with outcome and other variables: A meta analytic review. Unpublished doctoral dissertation, Ohio University.

Martin, D. J., Garske, J. P. & Davis, P. (2000). Relation of the therapeutic alliance with outcome and other variables: a meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 68,* 438-450

Martin, M. (2001) Le cadre thérapeutique à l'épreuve de la réalité. Cahier de psychologie clinique. 2001/2 (n° 17), p. 103-120.

Masquelier-Savatier, C. (2008) Comprendre et pratiquer la gestalt-thérapie, une démarche novatrice, Collection : Développement personnel et accompagnement, InterEditions, 280 p.

Matsakis, A. (1998). *Managing client anger: What to do when a client is angry at you.* Oakland, CA: New Arbinger Publications.

Mayer, R. et M.-C. Saint-Jacques (2000). « L'entrevue de recherche », dans Mayer, R., Ouellet, F., Saint-Jacques, M.-C., Turcotte, D. et collaborateurs. *Méthodes de recherche en intervention sociale*, Montréal, Gaëtan Morin Éditeur, p. 114-133

Mayer, R. et M.-C. Deslauriers (2000). « L'analyse de contenu, l'analyse ancrée, l'induction analytique et le récit de vie », dans Mayer, R., Ouellet, F., Saint-Jacques, M.-C., Turcotte, D. et collaborateurs. *Méthodes de recherche en intervention sociale*, Montréal, Gaëtan Morin Éditeur, p. 159-189

Mayer, R. et M. Goyette (1999). « Politiques sociales et pratiques sociales au Québec depuis 1960 », dans Deslauriers, J.-P. et Hurtubise, Y. « dir. ». *Introduction au travail social*, Sainte-Foy, Québec, Presses de l'Université Laval, 2000, p. 35-61

McGuire-Snieckus, R., McCabe, R, Catty, J., Hansson, L. & Priebe, S. (2007). A new scale to assess the therapeutic relationship in community mental health care: STAR. Psychological Medicine, 37, 85-95.

Miles, M. et Huberman, A. (2003). *Analyse des donnés qualitatives*. Méthodes en sciences humaines, de boeck, Sage publications, deuxième édition, 626 p.

Morin, P.-C. et Bouchard, S. (1997). *Introduction aux théories de la personnalité*, 2e édition, Montréal, Gaëtan Morin éditeur, 238 p.

Morse, J. M. (1991). Strategies for sampling. In J. Morse (Ed.), *Qualitative nursing research: A contemporary dialogue*, Rev. Ed., Newbury Park, CA: Sage, p. 117-131

Mucchielli, A. (2004). Dictionnaire des méthodes qualitatives en sciences humaines et sociales (2e éd.), Paris, Armand Colin.

Muran, J.C. & Barber, J.P (2011). The Therapeutic Alliance: An Evidence-Based Guide to Practice, *Guilford Press*, New-york, 368.p

Muran, J.C., Safran, J.D., Gorman, B.S., Samstag, L.W., Eubanks-Carter, C. & Winston, A. (2009). The relationship of early alliance ruptures and their resolution to process and outcome in three time-limited psychotherapies for personality disorders. *Psychotherapy Theory, Research, Practice, Training, 46(2)*, 233-248.

Najavits, L. M. (2000). Researching therapist emotions and countertransference, *Cognitive and Counsellor practice*, 7, 322-328.

Nissen-Lie, H., Havik, O., Hoglen, P. & Ronnestad, M. (2015) Patient and therapist perspectives on alliance development: therapists' practice experiences as predictors. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, August 2015, Volume 22 (4), p. 317-327)

Norcross, J.C. (2011). *Psychotherapy relationships that work* (2nd ed.). New York: Oxford University Press.

Norcross, J.C. (2005). The psychotherapist's own psychotherapy: Educating and developing psychologists. *American Psychologist, 60,* 840-850.

Norcross, J.C. (2002). *Psychotherapy Relationships That work, Therapist contributions and Responsiveness to Patients*, Oxford University Press, 452 p.

Norcross, J.C. & Prochaska, J. O. (1986). Psychotherapist heal thyself I: The psychological distress and self-change of psychologists, counselors, and laypersons. *Psychotherapy*, *23*, 102-114.

Orlinsky, D.E. (1989). Researchers' images of psychotherapy: Their origins and influence on research. *Clinical Psychology Review*, 9, 413-441

Orlinsky, D. & Ronnestad, M. (2005) *How Psychotherapists Develop: A Study of Therapeutic Work and Professional Growth*, American Psychological Association, Washington, 325 p.

Orlinsky, D.E., Rønnestad, M. & Willutzki, U. (2004). Fifty years of psychotherapy process-outcome research: Continuity and change. In M. J. Lambert (Ed.), Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change (pp. 345_355). New York: John Wiley & Sons, Inc.

Ouellet, F. et M.-C. Saint-Jacques (2000). « Les techniques d'échantillonnage », dans Mayer, R., Ouellet, F., Saint-Jacques, M.-C., Turcotte, D. et collaborateurs. *Méthodes de recherche en intervention sociale*, Montréal, Gaëtan Morin Éditeur, p. 71-90

Paillé, P. et A. Mucchielli (2003). *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales*. Armand Colin/VUFF, Paris. 211 p.

Paillé, P. (1996a). « La pertinence de la recherche qualitative », dans Mucchielli, A. *Dictionnaire des méthodes qualitatives en sciences humaines et sociales*, Paris, Armand Colin/Masson, p. 159-160.

Paillé, P. (1996b). « Qualitative (analyse) », dans Mucchielli, A. (1996). *Dictionnaire des méthodes qualitatives en sciences humaines et sociales*, Paris, Armand Colin/Masson, p. 180-182.

Patterson, C. & Hidore, S. (1997). *Successful Psychotherapy*, A caring loving relationship, Jason Aronson Inc. Northvale, New-Jersey, London, 264 p.

Patton, M.Q. (2002). *Qualitative research and evaluation methods*, 3rd ed., Thousand Oaks, Calif : Sage Publications, 598 p.

Patton, M.J., Kivlighan, D.M. & Multon, K.D. (1997). The Missouri psychoanalytic research project: Relation of changes in counseling process to client outcomes. *Journal of Counseling Psychology, 44(2)*, 189-208.

Pica, M. (1998). The ambiguous nature of clinical training and its impact on the development of student clinicians. Psychotherapy, 35, 361-365.

Pinsof, W.M. (1995). *Integrative problem-centered psychotherapy: a synthesis of family, individual, and biological therapies*. Basic Books, New York, 268 p.

Polit, D., Beck, C.T. et Loiselle, C. (2007). Méthodes de recherche en sciences infirmières : approches quantitatives et qualitatives, Collections : Compétences infirmières, Saint-Laurent, Québec : Éditions du Renouveau pédagogique, 591 p.

Poupart, J., Groulx, L., Deslauriers, J.P., Laperrière, A., Mayer, R. et A.P. Pires (1997). *La recherche qualitative. Enjeux épistémologiques et méthodologiques.* Boucherville, Gaëtan Morin. 405 p.

Quivy, R. et L. Van Campenhoudt (1988). *Manuel de recherche en sciences sociales*, Paris, Bordas, 271 p.

Racine, G. (2000). « La construction de savoirs d'expérience chez des intervenantes d'organismes communautaires pour femmes sans-abri: un processus participatif collectif et non planifié », *Nouvelles pratiques sociales*, Vol. 13, No 1, p. 69-84.

Raue, P.J. & Goldfried, M.R., 1994. The therapeutic alliance in cognitive-behavior therapy. In: Horvath, A.O. and Greenberg, L.S., Editors, 1994. *The working alliance: Theory, research, and practice*, John Wiley, New York, pp. 131–152.

Reich, A. (1951). On countertransference, *International Journal of Psychoanalysis,* 32, 25-31.

Rennie, D. L. (1994). Clients' deference in psychotherapy. *Journal of Counseling Psychology,* 41(4), 427—437.

Rhodes, R. H., Hill, C. E., Thompson, B. J. & Elliot, R. (1994). Client retrospective recall of resolved and unresolved misunderstanding events. *Journal of Counseling Psychology, 41(4),* 473-483.

Rogers, D. (2009). The Working Alliance in Teaching and Learning: Theoretical Clarity and Research Implications, International Journal for the Scholarship of Teaching and Learning, Vol. 3, No. 2 (July 2009), 9 pages. Article PDF trouvé sur le site : http://www.georgiasouthern.edu/ijsotl

Rogers, C. (1992). The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, December 1992 Vol. 60, No. 6, 827-832

Rogers, C. (1957). The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. *Journal of Consulting Psychology*, 21, p. 95-103

Rønnestad, M. H. & Skovholt, T. M. (2003). The journey of the counsellor and therapist: Research findings and perspectives on professional development, *Journal of Career Development*, 30 (1), 5-44.

Roy, S. (2003). « L'étude de cas », dans Gauthier, B. *Recherche sociale : de la problématique à la collecte des données*, Presse de l'Université du Québec. Sainte-Foy, p. 159-184

Safran, J.D., Muran, J.C. & Eubanks-Carter, C. (2015). Repairing alliance ruptures. *Psychotherapy*, March 2015, Volume 48 (1), 80-87

Safran, J.D. & Kraus, J. (2014) Alliance ruptures, impasses, and enactments : a relational perspective. *Psychotherapy*, September 2014, Volume 51 (3), 381-387

Safran, J.D. & Muran, J.C. (2011). Repairing Alliance Ruptures. Psychotherapy, 2011, Vol. 48, No. 1, 80–87

Safran, J.D. & Muran, J.C. (2006). *Has the concept of the alliance outlived its usefulness?* Psychotherapy, *43*, 286-291.

Safran, J.D., Muran, J.D., Wallner, R., Samstag, L. & Stevens, C. (2001). *Repairing Alliance Ruptures*, dans Norcross, J. (2002). "Psychotherapy Relationships That work, Therapist contributions and Responsiveness to Patients", Oxford University Press, 452 p.

Safran, J.D., & Muran, J.C. (2000a). *Negotiating the therapeutic alliance: A relational treatment guide.* New York: The Guilford Press.

Safran, J.D. & Muran, J.C. (2000b). Resolving therapeutic alliance ruptures: Diversity and integration. *Journal of Clinical Psychology*, 56(2), 233-243.

Safran, J.D. & Muran, J.C. (1996). The resolution of ruptures in the therapeutic alliance. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 447-458.

Safran, J.D., Muran, J.C. & Samstao, L. W. (1994). Resolving therapeutic alliance ruptures: A task analytic investigation. In A. O. Horvath & L. S. Greenberg (Eds.), *The working alliance: Theory, research, and practice* (pp. 225-255). New York: Wiley.

Safran, J. D., Crocker, P., McMain, S. & Murray, P. (1990). Therapeutic alliance rupture as a therapy event for empirical investigation. *Psychotherapy*, 27, 154-165.

Saketopoulou, A. (1999). The psychotherapeutic alliance in psychodynamic psychotherapy: Theorical conceptualizations and research findings. *Psychotherapy*, 36, 329-342

Samstag, L. W., Muran, J.C. & Safran, J.D. (2004). *Defining and identifying alliance ruptures. In P. Charman (Ed.), Core processes in brief psychodynamic psychotherapy : Advancing effective practice* (pp. 187-214). Hillsdale, NJ : Erlbaum.

Savoie-Zajc, L. (2003). « L'entrevue semi-dirigée », dans Gauthier, B. *Recherche sociale : de la problématique à la collecte des données*, Presse de l'Université du Québec, Sainte-Foy, p. 293-316

Sharkin, B. S. & Gelso, C. J. (1993). The influence of counsellor trainee anger proneness and anger discomfort on reactions to an angry client, *Journal of Counseling and Development,* 71, 483-488.

Shirk, S. R. & Karver, M., (2003). Predictions of treatment outcomes from relationship variables in child psychotherapy: A meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology,71*(3), 452-464.

Skovholt, T. M. & Ronnestad, M. H. (2013). The Developing Practitioner; Growth and Stagnation of Therapists and Counselors, *Routledge*, New-York, 370 p.

Skovholt, T. M. (2005). The Cycle of Caring: A Model of Expertise in the Helping Professions, *Journal of Mental Health Counseling*, Volume 27/Number 1/January 2005/Pages 82-93

Skovholt, T. M. & Ronnestad, M. H. (2003). Struggles of the Novice Counselor and Therapist, *Journal of Career Development* 2003; 30; p 45-58

Skovholt, T. M. & Ronnestad, M. H. (1993). The Evolving Professionnal Self: Stages and Themes in Therapist and Counselor Development, New-York, Wiley, 222 p.

Spradley, J. (1979). *The ethnographic interview*, New-York, Holt, Rinehart, and Winston, 247 p.

Sprenkle, D.H., Davis, S.D. & Lebow, J.L. (2009). *Common factors in couple and family therapy: The overlooked foundation for effective practice.* New York: Guilford Press.

Stark, M. (1999). *Modes of therapeutic action: Enhancement of knowledge, provision of experience, and engagement in relationship.* New York: Jason Aronson.

Stein, D. M. & Lambert, M. J. (1995). Graduate training in psychotherapy: Are therapy outcome enhanced? *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 63(5)*, 182–196.

Sterba, R. (1934). The fate of the ego in analytic therapy, *International Journal of Psychoanalysis*, 15 (1934), pp. 117–126.

Stiles, W.B., Glick, M. J., Osatuke, K., Hardy, G. E., Shapiro, D. A., Agnew-Davies, R., Rees, A. & Barkham, M. (2004). Patterns of alliance development and the rupture-repair hypothesis: Are productive relationships U-shaped or V-shaped). *Journal of Counseling Psychology*, 51, 81-92.

Stiles, W. B., Agnew-Davies, R., Hardy, G. E., Barkham, M. & Shapiro, D. A. (1998). Relations of the alliance with psychotherapy outcome: findings in the second Sheffield Psychotherapy Project. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66(5), 791–802.

Stolorow, R. Brandchaft, B. & Atwood, G. (1994). *Psychoanalytic treatement: An intersubjective approach*, Hillsdale, NJ: Analytic Press

Strasser, J & Gruber, H. (2004). The Role of Experience in Professional Training and Development of Psychological Counsellor, Professional Learning: Gaps and Transitions on the Way from Novice to Expert. *Innovation and Change in Professional Education,* 2004, Volume 2, Part 2, 11-27

Strauss, J. L., Hayes, A. M., Johnson, S. L., Newman, C. F., Brown, G. K. & Barber, J. P. (2006). *Early alliance, alliance ruptures and symptom change in a nonrandomized trial of cognitive therapy for avoidant and obsessive-compulsive personality disorders.* Journal of Consulting and Clinical Psychology, 74, 337-345.

Strupp, H. H. (1993). Psychotherapy research: Evolution and current trends. In T. K. Pagan & G. R. VandenBos (Eds.), *Exploring applied psychology: Origins and critical analyses* (pp. 159–193). Washington, DC : American Psychological Association.

Strupp, H.H. (1986). Psychotherapy : Research, practice and public policy. *American Psychologist,* 41, 120-130

Strupp, H. H., Hadley, S. W. (1979). Specific vs. non-specific factors in psychotherapy: A controlled study of outcome, *Archives of General Psychiatry*. 36, 1125-1136.

Sullivan, M., Skovholt, T. & Jennings, L. (2005). Master Therapists' Construction of the Therapy Relationship, Journal of Mental Health Counseling, Volume 27, No 1, January 2005, 48-70

Summers, R. & Barber, J. (2003). Therapeutic Alliance as a Measurable Psychotherapy Skill, Academic Psychiatry 27:160-165, September 2003

Tessier, H. (2004). *Empathie et intersubjectivité : quelques positions de l'école intersubjectiviste américaine en psychanalyse*, Approche historique et courants théoriques, Revue française de psychanalyse, Presses Universitaires de France, 2004/3, Volume 68, p. 831 à 851

Teyber, E., & Teyber, F.M. (2014). Working with the process dimension in relational therapies: Guidelines for clinical training. *Psychotherapy*, Vol. 51, 334–341.

Teyber, E. (2000). *Interpersonnal Process in Psychoterapy, a Ralationnal approach.* Brooks/Cole, Fourth Edition, Belmont, C.A, 327 p.

Thériault, A., Gazzola, N. & Richardson, B. (2009). Feelings of incompetence in novice therapists : Consequences, coping and correctives, *Canadian Journal of Counselling*, 43 (2), 105-119.

Thériault, A. & Gazzola, N. (2005). Feelings of inadequacy, insecurity, and incompetence among experienced therapists, *Counselling and Psychotherapy Research*, 5 (1), 11-18.

Turner, S., Gibson, N., Bennetts, C. & Hunt, C. (2008). Learning from experience : Examining the impact of client work upon two trainee therapists, *Counselling and Psychotherapy*, 174-181.

Trop, J. (1994), dans Khan, E. (1996) The intersubjective perspective and the client-centered approach: are they one at the core? *Psychothrapy*, Volume 33, Spring 1996, Number 1, p. 30-42.

Waddington, L. (2002). The therapy relationship in cognitive therapy : A review. *Behavioural & Cognitive Psychotherapy, 30,* 179-192.

Wampold, B. E. (2006). The psychotherapist. In Norcross, J.C., Beutler, L. E., Levant, R. F. (éd.). Evidence-based practices inmental health: Debate and dialogue on the fundamental questions. Washington, DC : American Psychological. Association, 200-208.

Wampold, B.E. (2001). *The Great Psychotherapy Debate : Models, Methods and findings*, Mahwah, New-Jerser : Erlbaum, 266 p.

Wampold, B. E. & Brown, G. S. (2006). Estimating therapist variability: A naturalistic study of outcomes in managed care. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 73, 914-923.

Wampold, B. E. & Brown, G. (2005). Estimating variability in outcomes attributable to therapists: A naturalistic study of outcomes in managed care, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73, p. 914-923

Wolfe, F. E. & Goldfreid, M. R. (1988). Research on psychotherapy integration: recommendations and conclusions from an N1MH workshop. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 56, 448-451.

Yalom, I. (2005) The Theory and Practice of Group Therapy (5th ed.). New York: Basic Books. 476 p.

Yin, R. K. (1994). *Case study research: design and methods*, Newbury Park, California, Sage Publications, 161 p.

Zetzel, E.R., 1956. Current concepts of transference. International Journal of pychoanalysis 37, 369–376.