

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL

PROJET PILOTE : EXPLORATION DES RELATIONS ENTRE LA SATISFACTION,  
L'ALLIANCE THÉRAPEUTIQUE, ET LES RÉSULTATS DANS UN PROCESSUS  
THÉRAPEUTIQUE MULTIMODAL AVEC DES PATIENTS PRÉSENTANT UNE  
ORGANISATION LIMITE DE LA PERSONNALITÉ

ESSAI PRÉSENTÉ  
COMME EXIGENCE PARTIELLE  
DU DOCTORAT EN PSYCHOLOGIE

PAR  
DAVID LESSARD

DÉCEMBRE 2015

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.01-2006). 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 s'avère être l'aboutissement d'un long cheminement autant professionnel que personnel. Bien qu'il marque un jalon important de mon parcours de futur psychologue, il représente aussi plusieurs années de travail marquées par des moments de joie et de célébration, ainsi que par d'autres événements plus éprouvants. Il va sans dire qu'il m'aurait été impossible d'arriver là où j'en suis sans la présence de personnes importantes dans ma vie.

D'abord, je tiens à remercier Marc-Simon Drouin qui m'a donné la chance d'entreprendre mes études doctorales et de les terminer. Merci à M. Stéphane Quinn qui a été témoin des hauts et des bas de mon parcours et qui s'est avéré être un catalyseur important de mon développement personnel et professionnel. Ensuite, malgré les quelque 600 km qui nous séparaient, ma famille m'a démontré un soutien indéfectible d'un bout à l'autre de mon périple académique. Plus précisément, un grand merci à Gilles, mon père, Diane, ma mère, à Hélène et Geneviève, mes deux grandes sœurs, à Simon, mon grand ami de toujours que je considère comme un frère, ainsi qu'à Benoit. Vous m'avez prouvé que la proximité n'était pas une affaire de distance. Merci à vous Tom, Caleb et Laïca, mes chers neveux et ma chère nièce, puisqu'être votre « Tonton David » est pour moi une source constante de bonheur et de fierté. Et finalement, un merci spécial à Pier-Luc, William, Giancarlo et Christophe, pour être des amis hors pairs... tout simplement.

Cet essai est un grand accomplissement pour moi, mais je ne serais pas l'homme que suis aujourd'hui sans ces merveilleuses personnes autour de moi.

À toi qui gardes mon cœur  
au chaud quand je ne sais  
plus où donner de la tête...

## TABLE DES MATIÈRES

|  |     |
|--|-----|
| LISTE DES FIGURES.....   | vi  |
| RÉSUMÉ .....   | vii |
| INTRODUCTION .....   | 1   |
| CHAPITRE I   |     |
| CONTEXTE THÉORIQUE.....  | 4   |
| 1.1 L'alliance thérapeutique.....                              | 4   |
| 1.1.1 Historique et évolution clinique du concept.....         | 5   |
| 1.1.2 Définitions empiriques de l'alliance thérapeutique.....  | 7   |
| 1.1.3 Les mesures de l'alliance thérapeutique .....            | 11  |
| 1.1.4 Alliance thérapeutique et efficacité thérapeutique ..... | 15  |
| 1.1.5 Les fluctuations de l'alliance .....                     | 16  |
| 1.2 La satisfaction .....                                      | 22  |
| 1.2.1 De séance en séance .....                                | 23  |
| 1.2.2 Selon le thérapeute .....                                | 27  |
| 1.2.3 Selon le patient.....                                    | 28  |
| 1.3. Organisation limite de la personnalité.....               | 30  |
| 1.3.1 Représentation de soi et de l'autre .....                | 32  |
| 1.3.2 Tolérance à la frustration .....                         | 33  |
| 1.4 Questions de recherche .....                               | 35  |
| CHAPITRE II  |     |
| MÉTHODOLOGIE.....  | 36  |

|  |    |
|--|----|
| 2.1 Participants.....                        | 39 |
| 2.2 Les thérapeutes.....                     | 39 |
| 2.3 Mesures .....                            | 40 |
| 2.3.1 Session Evaluation Questionnaire.....  | 41 |
| 2.3.2 Working Alliance Inventory .....       | 41 |
| 2.3.3 MI -45 .....                           | 42 |
| 2.4 Procédure de cueillette de données ..... | 43 |
| CHAPITRE III                                 |    |
| RÉSULTATS .....                              | 45 |
| 3.1 Analyse des données .....                | 45 |
| 3.2 Analyses visuelles générales .....       | 47 |
| CHAPITRE IV                                  |    |
| DISCUSSION .....                             | 53 |
| 4.1 Résumé.....                              | 53 |
| 4.2 Critiques .....                          | 59 |
| 4.3 Recommandations.....                     | 62 |
| CONCLUSION .....                             | 64 |
| ANNEXE A .....                               | 65 |
| ANNEXE B.....                                | 67 |
| ANNEXE C.....                                | 70 |
| ANNEXE D .....                               | 72 |
| ANNEXE E.....                                | 74 |
| ANNEXE F .....                               | 76 |
| ANNEXE G .....                               | 78 |

|                 |    |
|-----------------|----|
| RÉFÉRENCES..... | 85 |
|-----------------|----|

## LISTE DES FIGURES

| Figures   | Pages |
|---|-------|
| 3.1 Courbes de tendances en début de thérapie pour tous les patients<br>(n = 11).....   | 48    |
| 3.2 Moyenne des variations pour chaque variable, selon les groupes,<br>entre la 1 <sup>ère</sup> et la 6 <sup>e</sup> séance..... | 49    |
| 3.3 Courbes de tendances en début de thérapie pour les patients ayant<br>abandonné (n= 4).....                                    | 50    |
| 3.4 Courbes de tendances des 15 séances pour les patients les ayant<br>complétées (n = 7).....                                    | 51    |

## RÉSUMÉ

La psychothérapie est un processus au sein duquel le patient, avec la personnalité qui lui est propre, doit faire face à un cadre thérapeutique et aux caractéristiques personnelles du psychothérapeute. Cela devient d'autant plus complexe lorsque le patient présente un trouble de la personnalité, puisqu'il s'agit d'une pathologie égocentrique qu'il faut arriver à rendre égocentrique, par le biais de la confrontation, pour arriver à une certaine forme de changement. Ainsi, il est peu probable et même cliniquement peu souhaitable que le patient soit toujours satisfait des services reçus puisqu'une certaine forme de frustration paraît nécessaire à l'évolution de la personne. Dans cette optique de psychothérapie avec des gens présentant des troubles de la personnalité, que représente donc le concept de satisfaction? Est-ce que la satisfaction est nécessaire à l'obtention de résultats? Est-ce que cela implique que le patient soit toujours en accord avec son thérapeute par rapport aux buts de la thérapie et aux moyens utilisés (Bordin, 1979)? Doit-il toujours ressentir des sentiments tendres à son égard (Bordin, 1979), sans jamais éprouver de frustration? Ou au contraire, peut-on considérer la divergence d'opinions ainsi qu'une frustration optimale comme faisant justement partie intégrante d'un processus thérapeutique qui se veut efficace?

Cette recherche a donc pour objectif général d'appréhender cette complexité par le biais d'une analyse descriptive des tendances observées au sein d'un processus thérapeutique, plus particulièrement en mettant l'accent sur la place qu'occupe la satisfaction par rapport à l'alliance thérapeutique et aux résultats dans un processus thérapeutique avec des personnes présentant une structure de personnalité limite. Afin d'atteindre cet objectif, nous avons eu accès à des questionnaires mesurant ces variables utilisés par l'équipe soignante du PTAH-TP de l'IUSMM. Les données ont été compilées après que les patients aient complété un cycle complet de thérapie offert dans le programme, soit 15 semaines de thérapie individuelle et de groupe.

Le premier chapitre de cet essai présente le contexte théorique ayant mené à l'élaboration de cette recherche. De plus, il sera question de l'état actuel des recherches par rapport à ces variables. Le deuxième chapitre présente la méthodologie utilisée. Le troisième chapitre présente les résultats obtenus, alors que dans le quatrième, ils seront interprétés à la lumière des connaissances actuelles en psychologie clinique. Nous avançons, par exemple, que la satisfaction du thérapeute semble jouer un rôle dans l'attrition des patients, que le thérapeute semble jouer un rôle de modulation des états mentaux du patient chez les patients complétant le processus thérapeutique, et que les résultats semblent liés à la satisfaction du

thérapeute, et à la décision du patient de rester ou non en thérapie. Les limites et pistes de réflexion futures sont finalement présentées.

**Mots-clés :** Alliance thérapeutique, satisfaction, résultats thérapeutiques, organisation limite.

## INTRODUCTION

L'alliance thérapeutique s'avère être un concept clé dans la recherche actuelle sur les processus thérapeutiques, et ce n'est pas sans raison. En effet, selon une méta-analyse de Horvath, Del Re, Flückiger et Symonds (2011) recensant 201 études portant sur l'alliance thérapeutique et l'efficacité des thérapies, la qualité de l'alliance serait constamment corrélée au succès d'une psychothérapie. Dans ce sens, un travail important pour un thérapeute est de s'assurer d'un certain consensus avec son patient en ce qui a trait aux objectifs de la thérapie, ainsi qu'aux moyens utilisés pour y parvenir, tout en tenant compte de la qualité de la relation affective qui s'établit entre eux (Bordin, 1979). Cependant, loin d'être un concept statique, l'alliance thérapeutique est un processus multifactoriel dynamique variant tout au long de la thérapie (Horvath et coll., 2011). C'est pourquoi il est important de s'attarder à comprendre quelles sont les variables influençant ses possibles fluctuations,

Est-ce qu'une bonne alliance est synonyme de satisfaction chez les deux participants à la relation? Nous pouvons penser qu'il puisse y avoir un lien entre ces deux concepts, toutefois, les liens les unissant auraient avantage à être clarifiés (Beretta et coll., 2005 ; Barber, Connolly, Crits-Christoph, Gladis, et Siqueland, 2009). Le questionnement autour de la nature du possible lien émerge en partie de ce que nous savons au sujet de patients ayant des traits de personnalité hostiles. Ces clients sont davantage disposés à avoir une affectivité négative, à être moins tolérant à l'absence de satisfaction, et sont susceptibles de vivre plus de détresse lorsqu'ils sont confrontés à un stressor que ce soit, par exemple, certains moments en thérapie où certains enjeux personnels sont davantage confrontés au cadre thérapeutique et à l'altérité du thérapeute (Vasey et coll., 2013). Cette détresse se manifesterait le plus souvent par un repli sur soi-même, et/ou de la tristesse et/ou une humeur plus irritable (Vasey et coll., 2013). Ces caractéristiques personnelles peuvent faire en sorte qu'il est généralement plus difficile de créer et maintenir une alliance avec le thérapeute, et

que celui-ci peut d'ailleurs ressentir plus de difficulté à participer à la création de cette alliance avec ce genre de client (Beretta et coll., 2005 ; Strauss et coll., 2006). Nous pouvons ici interroger la place qu'occupe la satisfaction dans cette dynamique thérapeutique et nous demander si cette possible insatisfaction pouvant se vivre de part et d'autre peut constituer une menace à la robustesse de l'alliance.

Dans le but d'avoir de meilleurs résultats avec des clients présentant ce genre de personnalité, les cliniciens s'entendent à dire qu'un processus thérapeutique multimodal, comprenant des thérapies individuelles et de groupes, est à privilégier pour arriver à des résultats significatifs qui se maintiennent dans le temps (Bateman et Fonagy, 1999 ; Bateman et Fonagy, 2001). Devant cette complexité où l'effet singulier de chaque élément du processus est difficilement discernable, il est clair que le processus thérapeutique ne peut être réduit à l'addition de ses éléments et qu'il doit être appréhendé comme un processus intersubjectif où chacune des variables au sein des différentes modalités de traitements s'inter-influence de façon à moduler les résultats.

Ce projet pilote exploratoire aura donc pour objectif d'amorcer une réflexion concernant la place qu'occupe la satisfaction relative des deux partenaires de la dyade d'une thérapie individuelle s'inscrivant dans un processus thérapeutique multimodal, ainsi que son interrelation avec le concept d'alliance thérapeutique, par rapport aux résultats observés avec des patients souffrant de troubles de la personnalité caractérisés par une dynamique relationnelle fluctuante marquée de phases d'hostilité et d'une faible capacité à tolérer l'absence de satisfaction.

Le premier chapitre de cet essai présente le contexte théorique ayant mené à l'élaboration de cette recherche. L'historique du concept d'alliance thérapeutique ainsi qu'une synthèse de différentes conceptualisations et de questionnaires la mesurant sont d'abord présentées. L'état des recherches sur la relation de ce concept avec l'efficacité des thérapies sera ensuite présenté, ce qui mènera à parler des

fluctuations de l'alliance thérapeutique au sein des processus thérapeutiques. Par la suite, nous présenterons une synthèse de l'état des recherches sur la satisfaction en thérapie, de séance en séance, selon le patient, et selon le thérapeute. Finalement, une description de la dynamique d'une personne présentant une organisation limite de la personnalité sera présentée, en soulignant particulièrement les défis que cela pose en ce qui concerne l'alliance thérapeutique et la satisfaction. Le deuxième chapitre présente la méthodologie utilisée, c'est-à-dire l'échantillonnage, ainsi que la procédure de cueillette et d'analyse des données. Les troisième et quatrième chapitres élaborent respectivement les résultats bruts obtenus suite aux analyses effectuées et étoffent ces données en les interprétant à la lumière des connaissances actuelles en psychologie clinique. Finalement, la conclusion résume les apports de cette recherche et présente ses limites et pistes de réflexion pour les recherches futures.

## CHAPITRE I

### CONTEXTE THÉORIQUE

#### 1.1 L'alliance thérapeutique

L'alliance thérapeutique est un des éléments les plus fiables pour prédire le succès d'une thérapie (Horvath et coll., 2011). Cela est loin d'être surprenant quand nous considérons que ce concept fait référence à certains éléments qui se sont révélés fondamentaux dans tout processus thérapeutique, c'est-à-dire le lien affectif entre le thérapeute et le patient, ainsi que l'accent mis sur l'entente par rapport aux objectifs à atteindre et aux tâches choisies pour y arriver. Ces composantes ont été opérationnalisées de plusieurs façons par les chercheurs selon leur compréhension du phénomène, ce qui a amené une pluralité de définitions et de modèles théoriques (Corbière et coll., 2006 ; Hersoug, et coll, 2010 ; Horvath et coll., 2011). Par exemple, certains auteurs vont parler de l'alliance de travail comme étant divisée en trois facteurs (Horvath et Greenberg, 1989 ; Bordin, 1979), d'autres parlent d'alliance d'aide ou de relation thérapeutique composée de deux facteurs (Alexander et Luborsky, 1986) et d'autres voient l'alliance comme un construit unidimensionnel (Corbière, Bisson, Lauzon, et Ricard, 2006).

Dans cette section, nous survolerons l'évolution du concept de l'alliance thérapeutique qui a mené à l'élaboration de diverses définitions cliniques, ainsi qu'à la construction de mesures empiriques qui leur sont associées, afin de faire ressortir les dimensions qui nous semblent fondamentales et utiles à cette recherche pour expliquer le choix conceptuel que nous avons retenu. Ensuite, nous soulignerons plus spécifiquement de quelle façon l'alliance est corrélée aux résultats. Finalement, nous aborderons les effets de la fluctuation de l'alliance thérapeutique en cours de thérapie,

en abordant au passage les dimensions de ruptures et de réparations de ruptures d'alliance.

### 1.1.1 Historique et évolution clinique du concept.

Les psychanalystes, à partir des travaux de Freud, ont été les premiers à réfléchir à l'importance de la relation thérapeutique ainsi qu'au positionnement du thérapeute dans le déroulement d'une cure. En effet, Freud mentionne dans différents textes regroupés dans « *La technique psychanalytique* » (2007/1913) qu'il importe d'amener le patient à collaborer avec l'analyste et à s'allier à lui pour contrer le symptôme. Dans sa vision, le transfert était la pierre angulaire du traitement puisque ce processus relationnel influencé par les expériences passées s'avérait être le levier par où passait le changement, bien qu'il puisse aussi être une résistance à certains moments de la cure. Il insistait sur la nécessité d'un transfert positif minimal et d'une alliance entre l'analyste et le patient contre le symptôme pour que la cure puisse s'élaborer. Cela semble s'apparenter à ce qu'on appellerait l'alliance thérapeutique aujourd'hui

De cette vision où la relation est principalement conçue comme fantasmatique, des courants issus de la psychanalyse classique ont émergé et ont continué la réflexion sur la relation entre le patient et son analyste. Dans l'école des relations d'objets et dans les théories de l'égo, les auteurs ont avancé que le changement venait d'une expérience relationnelle correctrice vécue avec le thérapeute en séance (Gelso et Carter, 1985 ; Safran et Muran, 2000). De ce fait, la relation transférentielle ainsi que la relation réelle seraient à prendre en considération pour arriver à des résultats. C'est alors que le terme d'alliance thérapeutique aurait été formulé. Il est important de comprendre que la particularité de ce concept aura été de recouvrir à la fois les dimensions réelles et transférentielles de la relation thérapeutique.

En 1956, Zetzel en vient à affirmer que l'alliance thérapeutique est nécessaire à toute thérapie pour qu'elle soit efficace. Elle avance également que la qualité de l'alliance thérapeutique dépendra des capacités du patient à établir des relations de confiance qui se maintiennent avec autrui. Lorsque ces capacités semblent être altérées chez le patient, ce serait alors le devoir du thérapeute de soutenir le développement et le maintien de l'alliance en étayant les capacités relationnelles du patient. Une première définition clinique du concept est alors tentée. Greenson (1971) postule que l'alliance thérapeutique est l'habileté du patient et du thérapeute à travailler ensemble, ce qui reprend les grandes lignes des affirmations faites précédemment par Zetzel. En effet, bien que générale, cette définition positionne l'alliance comme étant un ajustement réciproque entre le thérapeute et le patient qui ne saurait se réduire aux caractéristiques uniques de l'un ou l'autre des partenaires.

Bien que l'alliance thérapeutique tire son origine de l'élaboration théorique et clinique de certains psychanalystes, ce concept a été adopté par plusieurs autres approches. Par exemple, les thérapies cognitives comportementales accordaient auparavant peu d'importance à la relation entre le patient et le thérapeute, alors que les tenants de cette approche reconnaissent maintenant l'importance centrale de l'alliance thérapeutique dans le processus (Safran et Muran, 2000). Il s'en est suivi un courant voulant objectiver ce concept pour arriver à le mesurer. Deux auteurs marquants à ce chapitre, Luborsky (1993) et Bordin (1979), ont chacun formulé leur définition de l'alliance thérapeutique et ont construit un instrument de mesure y correspondant. Les particularités de leurs conceptualisations seront reprises plus loin.

Plus récemment, avec l'émergence des recherches sur les données probantes, l'alliance est devenue un des concepts les plus étudiés pour expliquer le changement en thérapie. Plusieurs recherches voulant mesurer l'efficacité thérapeutique se sont alors basées sur les travaux entamés par Bordin et Luborsky pour raffiner la conceptualisation et la prise de mesure de ce concept. De cette façon, ils ont pu observer plus finement quelle proportion du changement observé en thérapie est

attribuable à la technique par rapport à l'alliance. Les résultats ont démontré qu'au-delà de la technique utilisée, ce sont les qualités de la personne du thérapeute, et plus particulièrement sa capacité à gérer les fluctuations relationnelles en cours de thérapie qui contribuent le plus à l'efficacité d'une thérapie (Lecompte et coll., 2004). De plus, au niveau du processus thérapeutique, les recherches tendent à montrer qu'une bonne alliance est fortement et systématiquement corrélée à de bons résultats en thérapie (Horvath et coll., 2011).

Ce court résumé historique de l'évolution du concept d'alliance thérapeutique rappelle que bien que l'alliance soit objectivée dans un questionnaire dans les recherches, il s'agit d'un concept dynamique s'inscrivant dans une réflexion clinique de la psychothérapie. Dans cette recherche, nous chercherons donc à utiliser une conceptualisation empirique du concept d'alliance thérapeutique pour arriver à élaborer une réflexion clinique sur les résultats obtenus.

### 1.1.2 Définitions empiriques de l'alliance thérapeutique.

L'évolution conceptuelle de l'alliance thérapeutique a amené certains auteurs à la conceptualiser de façon à uniformiser les définitions et vérifier l'adéquation de leur théorie à la pratique en clinique. En effet, les différentes mesures d'alliance créées à partir des théories ont permis, à l'aide de certains tests statistiques, d'infirmer ou confirmer la structure factorielle du construit. La section suivante s'attardera donc à documenter les différentes constructions factorielles de l'alliance, ainsi que les questionnaires qui leurs sont associés. Plus précisément, nous préciserons les définitions à deux et trois facteurs pour terminer avec une conceptualisation plus récente qui définit l'alliance thérapeutique comme ayant un facteur.

### 1.1.2.1 Alliance à deux facteurs

Selon certains auteurs, l'alliance serait caractérisée par la présence d'une composante liée au sentiment pour le patient que le thérapeute lui apporte l'aide nécessaire, et d'une composante relationnelle axée sur le travail à effectuer en collaboration, c'est-à-dire l'impression pour les deux partenaires de travailler ensemble vers un même but (Luborsky, 2000, Le Bloc'h, de Roten, Drapeau, et Despland, 2006). Une caractéristique démarquant cette définition de l'alliance des autres est qu'elle introduit une certaine notion de satisfaction au sein du concept de l'alliance puisque la perception du patient de l'aide apportée par le thérapeute y est mesurée. Ainsi, l'évaluation que se fait un patient des efforts que fait un thérapeute et des changements qui se produisent en thérapie influencent la qualité de l'alliance selon cette définition (Munder et coll., 2009). Le questionnaire généralement associé à cette conceptualisation est le HAQ d'Alexander et Luborsky (1986). Les caractéristiques de ce dernier seront explicitées plus loin.

### 1.1.2.2 Alliance à trois facteurs

Cette théorie a été développée par Bordin (1979). Sa particularité est de distinguer les aspects contractuels de la qualité de la relation et du sentiment de confiance entre le thérapeute et le patient (Elvins et Green, 2008). Selon cet auteur, l'alliance serait composée de trois facteurs, à savoir l'entente sur les buts, l'entente sur les moyens, ainsi que le lien affectif.

Tout d'abord, l'entente sur les objectifs constitue un point majeur dans la constitution de l'alliance de travail (Bordin, 1979 ; Horvath et Greenberg, 1989). Il s'agit d'une entente sur la direction que va prendre le traitement et d'un éclaircissement des attentes de chacun des partenaires de la relation thérapeutique en regard des objectifs

qui pourraient être atteints. Cet accord entre le patient et le thérapeute sera nommé de façon plus ou moins explicite selon l'approche. Dans le meilleur des cas, il faudrait que les objectifs thérapeutiques et attentes implicites de chacun puissent éventuellement être abordés ouvertement et qu'une entente soit conclue afin que puisse s'établir une bonne alliance de travail et que des résultats apparaissent (Bordin, 1979 ; Tryon et Winograd, 2001). Comme le mentionnent Horvath et Luborsky (1993), le patient et le thérapeute s'entendent généralement bien sur les attentes et les buts à long terme, alors qu'à court terme ils ont tendance à avoir des attentes et des objectifs différents. Ce sera alors le travail du thérapeute d'expliquer au patient le rationnel derrière les buts qu'il poursuit à son endroit tout en lui laissant l'espace pour exprimer sa vision de la psychothérapie de façon à ce qu'une entente claire résultant d'une négociation des divergences d'opinions puisse se mettre en place. Cette première tâche d'harmonisation des points de vue des deux participants est particulièrement importante puisque les attentes de chacun des deux partenaires ont un impact sur l'alliance (Al-Darmaki et Kivlighan, 1993).

L'entente sur la tâche constitue quant à elle la négociation entre le patient et le thérapeute à propos des différentes techniques utilisées pour atteindre les objectifs (Bordin, 1979 ; Hersoug, Hoglen, Havik, et Monsen, 2010). Elle doit être entendue dans le sens d'un effort de collaboration entre le patient et thérapeute pour atteindre un même but (Bordin, 1979 ; Hersoug et coll., 2010 ; Horvath et coll., 2011). Il est important que les tâches proposées par le thérapeute soient ajustées aux besoins, aux capacités, et aux problèmes du patient. Ces différentes tâches peuvent être mentionnées de façon explicite ou être vécues plus implicitement. Il est toutefois toujours important que le thérapeute et le patient soient, au moins tacitement, en accord sur la façon d'atteindre le but fixé puisque l'alliance thérapeutique peut souffrir d'un écart trop grand entre les attentes du patient et la façon de faire du thérapeute. Selon le type de thérapie proposée, les buts et les tâches vont varier, mais devront d'une façon ou d'une autre être logiquement liés. Par exemple, le but du

traitement peut aller d'une diminution visible des symptômes à court terme à une compréhension approfondie à plus long terme de la dynamique intrapsychique du patient. Les moyens mis en place seront logiquement différents.

Finalement, pour ce qui est du lien affectif, il s'agit de la relation de confiance et d'intimité qui se développe entre un patient et son thérapeute (Bordin, 1979). Dépendamment du niveau d'introspection demandé et de la difficulté de la tâche à effectuer par le patient, le lien affectif aura besoin d'être plus ou moins fort. Par exemple, il faudra un très grand attachement du patient au thérapeute pour qu'une exploration de certains événements traumatiques passés puisse se faire alors qu'il n'aura pas à être aussi important pour discuter de symptômes moins souffrants et d'événements moins envahissants (Hersoug, et coll., 2010 ; Horvath et coll., 2011). Il ne faut pas oublier qu'une intervention sans lien affectif perd de son efficacité et peut, dans les pires cas, avoir des effets néfastes sur l'alliance et le processus thérapeutique, peu importe l'approche théorique (Corbière et coll., 2006 ; Horvath et Luborsky, 1993). Cela revient donc à dire que le lien affectif constitue la base sur laquelle les interventions pourront prendre place. Le questionnaire dérivant de cette conceptualisation est le WAI de Horvath et Luborsky. Ses caractéristiques spécifiques seront abordées dans les prochaines sections.

#### 1.1.2.3 Alliance à un facteur.

Pour certains chercheurs, l'alliance thérapeutique serait monolithique. En effet, Corbière et coll. (2006), en sont arrivés à proposer que l'alliance soit un construit unidimensionnel par le fait que les facteurs mesurés par les différents tests (ex. : le WAI et le HAQ) sont trop fortement corrélés entre eux pour être considérés comme des composantes distinctes de l'alliance thérapeutique. Selon eux, il ne peut y avoir

de véritables ententes sur les tâches et les buts sans un minimum de relation affective, tout comme ils conçoivent qu'une relation affective ne peut se développer en thérapie sans un minimum de consensus sur les buts à atteindre et les tâches à accomplir. Bien que cette proposition soit appuyée statistiquement, elle présente une certaine faiblesse au niveau conceptuel. En effet, sa valeur écologique et explicative n'apparaît pas aussi riche qu'une division plurifactorielle de l'alliance puisqu'il est plus difficile de rendre compte de la complexité de ce concept lorsque ses composantes internes se voient confondues. L'interrelation importante des dimensions de l'alliance n'est probablement pas synonyme d'unidimensionnalité du concept, mais ferait plutôt ressortir la qualité dynamique plutôt que statique de ce dernier.

### 1.1.3 Les mesures de l'alliance thérapeutique

Cette section présentera plus particulièrement deux échelles, le WAI et le HAQ, qui s'appuient respectivement sur les théories de Bordin (3 facteurs) et de Horvath et Luborsky (2 facteurs). Des études comparant ces deux échelles de mesure de l'alliance ont démontré que les mesures captent un processus semblable, bien qu'elles se distinguent à certains égards (Horvath et coll., 2011). En effet, au niveau du schème conceptuel sous-tendant chacun des tests, nous retrouvons les notions de relations affectives et de collaboration entre le thérapeute et le patient. Ce serait dans la façon d'aborder ces aspects que les questionnaires se distingueraient. Cela se trouverait aussi appuyé d'un point de vue statistique puisque les scores globaux de chaque questionnaire sont fortement corrélés entre eux (Horvath et Luborsky, 1993 ; Luborsky, 2000 ; Elvins et Green, 2008), bien qu'il n'y ait qu'une faible corrélation entre les sous-échelles d'un questionnaire par rapport à l'autre (Munder et coll., 2009). Par exemple, les deux sous-échelles composant le HAQ sont plus ou moins corrélées aux trois facteurs du WAI, bien que les deux instruments mesurent un

construit apparenté (c.-à-d. l'alliance). Cela peut laisser croire que chaque questionnaire mesure l'alliance thérapeutique selon une conceptualisation qui lui est propre et qui met l'accent sur différents aspects du même phénomène (Horvath et Luborsky, 1993 ; Luborsky, 2000 ; Elvins et Green, 2008). Ce sont ces différences conceptuelles qui seront ici abordées.

#### 1.1.3.1 Le Working Alliance Inventory

Ce questionnaire mesure l'alliance telle que définie par le modèle à trois facteurs de Bordin (buts, tâches, lien) (1979). Cet instrument mesure globalement l'alliance thérapeutique comme en témoigne la forte corrélation entre son score global et celui d'autres échelles, dont le HAQ (Elvins et Green, 2008). De plus, il met en lumière un aspect particulier de ce concept, c'est-à-dire la qualité de la relation qui s'établit entre le thérapeute et le patient à l'aide de la sous-échelle « *lien* » (Horvath et Luborsky, 1993 ; Luborsky, 2000 ; Elvins et Green, 2008 ; Munder et coll., 2009). De plus, le WAI est fortement corrélé avec plusieurs indices de résultats thérapeutiques, dont la diminution de symptômes et le changement chez la personne (Martin, Garske, et Davis, 2000 ; Elvins et Green, 2008 ; Munder et coll., 2009 ; Horvath et coll., 2011).

#### 1.1.3.2 Le Helping Alliance Questionnaire

Cette échelle mesure le concept selon le point de vue d'Alexander et Luborsky (1986). Ce questionnaire est caractérisé par la présence d'une composante liée aux résultats ou à l'efficacité du traitement et d'une composante relationnelle axée sur le travail à effectuer (Luborsky, 2000, Le Bloc'h, de Roten, Drapeau, et Despland,

2006). Plus précisément, il y a d'une part le sentiment pour le patient que le thérapeute lui apporte l'aide nécessaire, et d'autre part, l'impression que le patient et le thérapeute travaillent ensemble vers un même but. Ce facteur, de par la collaboration patient-thérapeute qu'il présuppose, semble être lié aux facteurs combinés « *entente sur les tâches et entente sur les buts* » du modèle de Bordin (1979) (Horvath et Luborsky, 1993).

#### 1.1.3.3 Comparaisons entre le HAQ et le WAI

Le HAQ se distingue du WAI (Horvath et Greenberg, 1989) et du modèle de Bordin (1979) en introduisant une certaine notion de satisfaction puisque la perception du patient de l'aide apportée par le thérapeute y est mesurée. Ainsi, l'évaluation que se fait un patient des efforts du thérapeute et des changements qui se produisent en thérapie influence la qualité de l'alliance lorsqu'elle est mesurée par ce questionnaire. (Munder et coll., 2009). La composante relationnelle, quant à elle, s'apparente au facteur *bond* du modèle de Bordin (1979) sans le recouper complètement. Cette composante du HAQ fait référence à la satisfaction en regard de la relation d'aide avec le thérapeute (Horvath et Luborsky, 1993 ; Le Bloc'h et coll., 2006). Le score global du HAQ est moins fortement corrélé aux autres questionnaires sur l'alliance en comparaison avec le WAI, mais il s'avère tout de même être un questionnaire sur l'alliance valide et fiable (Alexander et Luborsky, 1993 ; Horvath et Luborsky, 1993 ; Elvins et Green, 2008). Finalement, tout comme le WAI, les résultats du HAQ seraient corrélés aux mesures de changement obtenu à la fin du processus thérapeutique (Le Bloc'h et coll., 2006 ; Elvins et Green, 2008).

Ces deux instruments en arrivent donc à distinguer la composante affective de l'entente sur le travail à accomplir au sein de la thérapie dans leurs définitions

respectives de l'alliance. La différence conceptuelle au niveau du « contrat de travail » se situe autour de la notion de satisfaction par rapport à une amélioration symptomatique que le HAQ introduit par rapport au WAI qui se centre sur la notion d'entente. En ce qui a trait au lien affectif, le HAQ semble mesurer une relation plus centrée sur un objectif où le patient juge à quel point le thérapeute l'aide, alors que le WAI s'attarde à vérifier la relation de confiance et d'attachement qui s'établit entre patient et psychothérapeute.

En résumé, ces différentes conceptualisations de l'alliance, et les questionnaires qui en dérivent en arrivent donc à distinguer la composante affective de l'entente sur le travail à accomplir au sein de la thérapie dans leurs définitions respectives de l'alliance. D'un côté, le modèle à deux facteurs auquel réfère le HAQ introduit la notion de satisfaction par rapport à une amélioration symptomatique, ce que le modèle à trois facteurs et le WAI n'abordent pas aussi directement. Ce dernier sera davantage centré sur la notion d'entente sur les tâches et les buts entre les partenaires. En ce qui a trait au lien affectif, le modèle à deux facteurs semble mettre l'accent sur une relation plus centrée sur un objectif où le patient juge à quel point le thérapeute l'aide, alors que l'autre modèle s'attarde à vérifier la relation de confiance et d'attachement qui s'établit entre patient et psychothérapeute.

Pour cette recherche, c'est le modèle à trois facteurs de Bordin (1979), ainsi que le questionnaire y étant lié (le WAI), qui sera utilisé. Nous justifions ce choix par le fait que cette définition de l'alliance, ainsi que sa mesure, permet de distinguer la qualité du lien affectif par rapport aux ententes contractuelles (buts et tâches) et à la satisfaction, variable influençant plus directement les scores au HAQ. Nous croyons donc que contrairement au HAQ pour lequel la satisfaction pourrait faire office de variable confondante dans ses scores, le WAI serait plus sensible pour discriminer dans quelle mesure les variations de l'alliance sont dues aux fluctuations de la satisfaction par rapport à la thérapie puisque ce concept sera mesuré indépendamment à l'aide d'un autre questionnaire (SEQ) dans cette recherche. Nous croyons ainsi

pouvoir travailler sur la notion de satisfaction de façon plus exhaustive. Malgré les qualités indéniables du WAI, l'opérationnalisation de l'alliance dans un questionnaire rend difficile la saisie des dimensions intersubjectives de la construction et de la fluctuation de cette dernière. C'est pourquoi un schème de recherche utilisant cet outil doit comporter des mesures répétées afin de rendre compte le plus fidèlement possible de ce concept dynamique qui pourrait, par ailleurs, être considéré comme étant statique.

#### 1.1.4 Alliance thérapeutique et efficacité thérapeutique

L'alliance thérapeutique serait corrélée positivement aux résultats, et négativement avec l'attrition thérapeutique (Crits-Christoph, et coll., 2011 ; Horvath et coll., 2011 ; Safran et Muran, 2000 ; Sharf, Primavera, et Diener, 2010). Toutefois, il serait faux de conclure à une relation de causalité ou à une corrélation directe entre ces deux variables. En effet, il semblerait que le lien de corrélation les unissant soit un peu plus complexe. Tout d'abord, des recherches démontrent que l'alliance mesurée en début de suivi thérapeutique (en particulier à la 3<sup>e</sup> ou 4<sup>e</sup> rencontre), ainsi qu'en fin de suivi thérapeutique était plus fortement corrélée aux résultats que les mesures prises en milieu de thérapie, ces dernières n'étant pas corrélées de façon significative aux résultats (Kivlighan, 2007 ; Barber, et coll., 2009). Il semblerait en effet qu'il y ait d'importantes fluctuations de l'alliance tout au long du processus thérapeutique, et que ce soit la façon dont ces fluctuations sont abordées et traitées en séance qui finira par déterminer la robustesse de l'alliance au long cours, qui elle influencera les résultats (Safran et Muran, 2000 ; Barber, Khalsa, et Sharpless, 2010).

Dans cet ordre d'idée, Strauss et coll. (2006) avancent qu'une relation quadratique unit l'alliance et les résultats. En effet, une relation thérapeutique marquée par des fluctuations de l'alliance étant reconnues et travaillées adéquatement serait liée à une

baisse significativement plus grande des symptômes que pour les relations thérapeutiques présentant une alliance stable dans le temps ou diminuant graduellement (Hersoug, et coll. 2010). Cela confirme que l'alliance n'est pas seulement un processus statique et que ces fluctuations sont non seulement inévitables, mais peuvent être le signe d'un mouvement nécessaire dans le processus thérapeutique pour qu'un changement se produise. Horvath et Luborsky (1993) avancent qu'un clinicien ne confrontant jamais son patient et ne mettant jamais en « péril » l'alliance verra le processus thérapeutique stagner sans qu'il y ait de résultats, ce qui amènerait subséquemment une dégradation de la qualité de l'alliance.

La prochaine section présentera de façon plus précise de quelle façon l'alliance peut fluctuer au cours d'un processus thérapeutique et comment cela peut en influencer le déroulement.

#### 1.1.5 Les fluctuations de l'alliance

Selon Safran et Muran (2000), l'alliance thérapeutique s'élaborerait, en plus de ses trois composantes, à partir des capacités du patient et du thérapeute à être en relation, ainsi que sur la rencontre de ces éléments au sein de la psychothérapie. C'est donc dire qu'il n'existe aucune alliance qui soit exactement pareille à une autre puisqu'elle résulte de l'interaction entre les caractéristiques du patient, celles du thérapeute, et celles de l'environnement dans lequel la rencontre se produit. Dans le même ordre d'idées, les moyens et les buts proposés par le thérapeute n'auront de l'impact et ne participeront à la construction de l'alliance qu'à condition qu'ils aient un sens pour le patient et que ce dernier puisse se les approprier (Bordin, 1976 ; Horvath et Luborsky, 1993 ; Hersoug, et coll., 2010 ; Horvath et coll., 2011). Nous pouvons également supposer que plus la mésentente est grande entre le patient et le thérapeute en ce qui a trait aux buts et aux moyens, plus le lien affectif se devra d'être fort pour que le

couple thérapeutique traverse la crise (Bordin, 1979 ; Horvath et Greenberg, 1989 ; Horvath et al., 2011). Ainsi, chaque rencontre voit fluctuer l'alliance thérapeutique puisque les différentes composantes de cette dernière varient au sein de chaque séance.

En considérant l'alliance thérapeutique comme un processus relationnel fluctuant, il est plus aisé de comprendre pourquoi l'alliance mesurée en début et en fin de processus thérapeutique est davantage corrélée aux résultats que la mesure de l'alliance en milieu de processus (Horvath et Luborsky, 1993 ; Elvins et Green, 2008 ; Hersoug et coll., 2010 ; Horvath et al, 2011). Il semblerait qu'il y ait d'importantes fluctuations de l'alliance tout au long du processus thérapeutique, et que ce soit la façon dont ces fluctuations sont abordées et traitées en séance qui finira par déterminer la force de l'alliance au long cours, qui elle influencera les résultats (Safran et Muran, 2000 ; Barber, Khalsa, et Sharpless, 2010). Ces fluctuations sembleraient même nécessaires puisqu'une alliance très forte en début de processus thérapeutique mènera souvent à une détérioration du lien thérapeutique et à de moins bons résultats en comparaison à une alliance moyenne en début de thérapie qui se développe dans le temps (Hersoug et coll., 2010). Ce serait donc en passant par diverses crises et mésententes pouvant porter sur une ou plusieurs des trois composantes, et en les résolvant, que l'alliance se solidifie entre les partenaires thérapeutiques (Horvath et Luborsky, 1993 ; Hersoug et coll., 2010). Plus particulièrement, un sentiment d'attachement se développerait davantage en thérapie lorsque les affects inhérents à la relation thérapeutique sont abordés et élaborés. Cela permettrait au patient de valider ses interprétations des phénomènes relationnels se produisant dans le contexte thérapeutique, ce qui amène une compréhension plus nuancée des états mentaux, et des intentions du thérapeute (Bevington et coll., 2013). En abordant ces phénomènes pendant les séances, le thérapeute arrive à mettre en perspective ce qui se produit et peut alors intervenir de façon à ne pas confirmer la représentation pathologique que le patient se fait des autres en relation, ce qui

participe à la prévention des ruptures d'alliance, ainsi qu'à une meilleure résolution lorsqu'elles se produisent (Safran et Muran, 1996).

En d'autres mots, l'entente sur les buts et les moyens, et le lien affectif sont des éléments qui se construisent, s'inter-influencent et varient à mesure que la relation se développe. Au sein de cette vision dynamique, il est important que le patient et le thérapeute s'entendent, implicitement ou explicitement, sur les buts à poursuivre à court, moyen et long terme, sur les moyens à prendre pour y arriver et qu'ils aient un minimum de sentiments positifs l'un à l'égard de l'autre pour qu'une psychothérapie amène des résultats (Horvath et coll., 2011). À différents moments du processus thérapeutique, il y aura une succession d'ententes, de ruptures d'alliance, et de réparations de ruptures qui, selon la gestion qui en est faite et les capacités du patient, indiqueront la direction que prend l'évolution de la thérapie (Sharp & coll., 2011 ; Bevington et coll. 2013), puisque l'alliance se renforcerait lorsque ces fluctuations sont abordées et élaborées pendant la thérapie (Safran, et coll., 2011 ; Marmarosh, & coll., 2009). Ce processus dynamique de collaboration et de négociation constant qui s'instaure entre le thérapeute et le patient en ce qui a trait à leurs besoins, désirs, croyances et capacités respectives serait d'autant plus délicat à établir et à maintenir que le patient présente certaines difficultés à être en relation (Safran et coll., 2011). Comme les caractéristiques de chaque personne peuvent varier tout au long du processus, il semble important que le thérapeute puisse s'y adapter afin de maintenir une bonne alliance thérapeutique. Le défi est d'autant plus grand puisque ces variations ne sont pas toujours nommées de façon explicite et peuvent, par moment, mener à des ruptures d'alliance.

#### 1.1.5.1 Les ruptures d'alliance

Les ruptures d'alliance sont définies par Safran et Muran (1996) comme une détérioration significative de l'alliance thérapeutique qui affecterait la collaboration, la communication et la compréhension mutuelle. Il s'agirait d'une façon qu'a le patient de communiquer et de se comporter en relation qui indiquerait qu'un enjeu important est présent en thérapie. Ces dernières peuvent survenir lorsqu'une mésentente survient par rapport aux objectifs de la thérapie, aux moyens, ou par rapport au lien affectif. De plus, il est également possible que le thérapeute, de par son contre-transfert, maintienne et confirme le patron relationnel occasionnant de la souffrance au patient au sein de la thérapie, ce qui amènerait une rupture d'alliance (Safran et Muran, 1996 ; Safran et coll., 2011). Du côté du patient, il existerait deux types de ruptures d'alliance : les ruptures de confrontation et les ruptures de retrait. Dans le premier cas, le patient réagirait par de l'hostilité à ce qui se déroule en séance en s'attaquant au cadre, ou même en tentant de mettre en échec les tentatives d'aide du thérapeute, ce qui peut mettre en péril la continuité de la thérapie. Dans le second cas, le patient aurait tendance à désinvestir le processus thérapeutique et éventuellement abandonner sans verbaliser au thérapeute ce qu'il vit. Pour ce qui est du thérapeute, Safran et coll. (2005) avancent que les thérapeutes ayant une représentation de soi hostile auraient davantage de chances d'agir le contre-transfert et d'adhérer de façon rigide au protocole d'intervention, ce qui constitue un facteur de risques pour les ruptures d'alliance. En ce qui a trait plus spécifiquement au contre-transfert, un agir de ces émotions, que ce soit par un mouvement de retrait du thérapeute, un évitement de certains enjeux du patient ou par un sur-investissement d'un patient, constitue une menace à la qualité de l'alliance (Gelso et Hayes, 2002). De plus, il a été démontré qu'une plus grande présence de contre-transfert chez le thérapeute était liée à de moins bons résultats (Gelso et Hayes, 2002) et une diminution de la qualité de l'alliance thérapeutique (Rosenberger et Hayes, 2002). Dans cette perspective où les deux partenaires peuvent participer de façon inconsciente à cette dynamique, le thérapeute se doit d'être à l'affût et repérer les mouvements hostiles ou de retraits relationnels du patient, en plus d'être attentif à son

propre contre-transfert par le biais de supervision, le tout afin d'y déceler une possible rupture d'alliance touchant les buts, les moyens, le lien affectif, ou un amalgame des trois (Smith, Barrett, Benjamin et Barber, 2005). Notons qu'un patient peut lui aussi rapporter une rupture d'alliance s'il s'avère en état de conscientiser et d'interpréter minimalement son mouvement d'hostilité ou de retrait, et si, dans un deuxième temps, il se sent suffisamment en confiance avec son thérapeute pour le lui communiquer (Safran et Muran, 2000). Dans tous les cas, une rupture n'étant pas reconnue et travaillée peut mener à une fin prématurée de la thérapie et participe au maintien de la dynamique relationnelle pathologique du patient (Safran et Muran, 1996 ; Sharf et coll., 2010).

D'un autre côté, les ruptures d'alliance semblent être des moments privilégiés pour renforcer le lien thérapeutique. En effet, c'est lorsqu'il y a une rupture suivie d'une réparation que l'alliance tend à être plus forte et plus stable dans le temps (Safran et Murran, 2000 ; Horvath et Luborsky, 1993 ; Strauss et coll., 2006). Nous pouvons donc considérer que l'ajustement réciproque entre les deux partenaires, lorsqu'il y a une mésentente compromettant l'alliance thérapeutique, est un des enjeux majeurs d'une thérapie (Bordin, 1979 ; Safran et Murran, 2000 ; Hatcher, 2010). L'hostilité pouvant découler d'un manque d'ajustement fait donc partie inhérente du processus thérapeutique. Comme le démontrent Hatcher et Barends (1996), les patients qui reconnaissent vivre de l'hostilité par moment par rapport à leur thérapeute ou par rapport au processus avaient une meilleure alliance et de meilleurs résultats que les autres patients. Il serait alors plus important que le thérapeute tente de comprendre l'origine du mouvement d'hostilité et qu'il tente d'aider le patient à l'élaborer et/ou à en prendre conscience en thérapie plutôt que de tenter d'éviter que des mésententes surviennent (Safran et Murran, 2000). En effet, il s'avère que les meilleurs thérapeutes sont ceux étant capables de reconnaître les impasses et les ruptures empathiques et qui sont capables de les soulever avec le patient pendant la séance et de vérifier l'impact de cette dissension sur le travail thérapeutique, que ce soit une

rupture d'alliance hostile ou de retrait (Horvath et Luborsky, 1993 ; Safran et Muran, 2000 ; Lecomte, et coll., 2004 ; Horvath et coll., 2011), ce qui serait plus satisfaisant pour chacun (Sandell, et coll., 1992 ; Safran et coll., 2011). D'un autre côté, un thérapeute n'abordant pas les ruptures empathiques avec ses patients risque de voir l'alliance se briser irrémédiablement, ce qui peut conduire à l'abandon prématuré de la thérapie (Horvath et Luborsky, 1993 ; Safran et Muran, 2000 ; Sharf, Primavera, et Diener, 2010). Cela

Pour conclure, qu'il s'agisse d'une rupture d'alliance de confrontation ou de retrait, le processus ainsi que les affects y étant liés doivent être reconnus et élaborés en séance pour qu'il y ait du progrès (Hatcher et Barends, 1996 ; Delisle, 1998). Bien que la résolution de rupture d'alliance renforce l'alliance, elle n'est pas le seul facteur à le faire. En effet, une thérapie n'amenant pas de résultats significatifs pour le patient mènera à une baisse de l'alliance thérapeutique (Barber et coll., 2000) et peut être même à une fin définitive de la thérapie (Horvath et Luborsky, 1993 ; Hersoug et al., 2010). En plus d'y voir une manifestation de l'interdépendance soulignée par Bordin (1976), Alexander et Luborsky (1986), et Corbière et coll. (2006) des composantes affectives et contractuelles (buts et tâches) de l'alliance de travail, nous pouvons nous interroger sur le rôle de la satisfaction dans la thérapie. En effet, comme des résultats doivent être obtenus à un certain moment du processus pour que l'alliance se maintienne (Barber, Khalsa, et Sharpless, 2010), et que réciproquement une alliance de travail doit s'être minimalement installée entre les deux partenaires pour que des résultats apparaissent (Barber, et coll., 2000 ; Hersoug et coll., 2010 ; Horvath et coll., 2011), nous pouvons supposer qu'il est nécessaire que le patient vive de la satisfaction en thérapie, et qu'il puisse tolérer minimalement la frustration lors de certains moments critiques du processus thérapeutique. Cela nous permet de supposer qu'une insatisfaction persistante en thérapie peut mener à une rupture empathique. De ce point de vue, nous nous interrogeons sur la possibilité que la satisfaction puisse être une mesure potentielle des ruptures empathiques. Mais qu'est-ce que la

satisfaction au sein d'un processus relationnel en constante mouvance dans lequel le patient se retrouve dans une position plus active vis-à-vis sa propre guérison, tout en étant confronté au cadre qui lui est offert et à l'altérité du thérapeute?

## 1.2 La satisfaction

Comme mentionnée ci-haut, la satisfaction semble être un facteur influençant l'alliance thérapeutique et les résultats. Rappelons que la mesure d'alliance de Luborsky (HAQ) incluait une certaine notion de satisfaction, et que loin de la négliger, nous faisons de cette notion une variable à part entière, et non sans raison. En effet, des chercheurs ont trouvé que la satisfaction du patient était positivement corrélée à l'alliance (Al-Darmaki et Kivlighan, 1993 ; Hersoug et coll., 2010) et que l'insatisfaction était négativement corrélée aux résultats thérapeutiques (Ogrodniczuk, Joyce, et Piper, 2007). De plus, tout comme la qualité de l'alliance, il se trouve que la satisfaction est un élément important pour le patient dans son choix de poursuivre ou non une thérapie après seulement la première séance (Tryon, 1990 ; Hersoug et coll., 2010). Du côté du thérapeute, la satisfaction à exercer son travail est également importante et semble liée, entre autres, au sentiment de compétence dans l'exercice de sa profession (Friedlander et Thibodeau, 1985 ; Larson et Daniels, 1998). En effet, une part de la motivation à effectuer un travail vient de la compétence ressentie dans son accomplissement (Deci et Ryan, 2000). De plus, le sentiment d'efficacité personnelle du thérapeute est lié à sa motivation et à la satisfaction qu'il retire dans l'exercice de son travail (Larson et Daniels, 1998). Ce sentiment de compétence serait également corrélé à la poursuite harmonieuse du développement professionnel du clinicien (Orlinsky et Ronnestad, 2005).

À mesure que ce travail progressera, nous pourrions remarquer que la satisfaction en thérapie est un concept complexe à définir. En effet, il est possible d'être satisfait du processus thérapeutique général tout en vivant de l'insatisfaction pendant les séances, et il est possible d'être satisfait de certains aspects de la thérapie et l'être moins par rapport à d'autres. Afin d'avoir une meilleure vue d'ensemble, nous explorerons la satisfaction sous plusieurs angles.

### 1.2.1 De séance en séance

Le processus psychothérapeutique étant multifactoriel, le patient comme le thérapeute peuvent, indépendamment l'un de l'autre, être satisfaits de certains aspects du travail effectué et l'être moins par rapport à d'autres (Dill-Standiford, Stiles et Rorer, 1988 ; Stiles, 2002). D'abord, les deux participants occupent des rôles différents, ce qui module les attentes que chacun se fait par rapport au processus. Friedlander, Thibodeau et Ward (1985) ont observé et analysé les interactions dyadiques entre patients et thérapeutes afin de découvrir s'il était possible de distinguer les séances satisfaisantes de celles qui l'étaient moins. Afin de mesurer la satisfaction, ils ont utilisé le *Session Evaluation Questionnaire* (SEQ) de Stiles (1980), un questionnaire mesurant l'impact d'une séance et la satisfaction qui en est tirée par le thérapeute et le patient. Il semblerait que les thérapies au sein desquelles le clinicien structure moyennement le patient tout en étant légèrement plus passif que ce dernier soient perçues comme plus satisfaisantes pour le patient et pour le thérapeute (Stiles, 1980 ; Mintz et coll., 1971), sans qu'il soit possible de déterminer si des résultats apparaissent lorsque le patient est satisfait ou si le patient est satisfait parce que des résultats surviennent (Ankuta et Abeles, 1993). Le rôle du thérapeute serait alors d'assumer le cadre dans lequel le patient vient verbaliser ce qui l'amène en thérapie. Ce faisant, le thérapeute structure le patient à l'aide des règles régissant la thérapie,

tout en lui permettant de devenir actif dans le processus étant donné la délimitation de l'espace au sein duquel le patient peut laisser se déployer sa dynamique. Le thérapeute, en assumant son rôle de gardien du cadre, permet la mise en place d'une relation thérapeutique particulière par l'émergence du transfert et de la réaction contre-transférentielle (Freud, 1913/2007 ; Kernberg, 1989). Selon la dynamique du patient, la différence des rôles sera vécue différemment et teintera le processus thérapeutique à sa façon. Comme l'ont mentionné Fonagy et Bateman (2007), une personne présentant une plus faible capacité de mentalisation serait moins tolérante à supporter l'absence de gratification et réagirait plus impulsivement lorsque sa perception serait confrontée à celle du thérapeute. C'est ainsi que le patient peut en arriver à interpréter ce qui se produit en thérapie de façon à confirmer les croyances erronées liées à ses enjeux inconscients se rejouant en thérapie, ce qui lui ferait vivre de la frustration. Safran (1993) abonde dans ce sens lorsqu'il affirme qu'une rupture empathique s'avère être une fenêtre ouverte sur la dynamique du patient et sur le cœur de ses problèmes puisque la frustration émergeant à ce moment précis provient d'une interprétation de la situation thérapeutique influencée par les enjeux présents. De son côté, le thérapeute, s'il en est conscient et est confiant de pouvoir gérer ce qui émerge, risque d'être satisfait de la séance puisque c'est là son travail (Freud, 1914/2007 ; Friedlander & Thibodeau, 1985). C'est donc dire que d'une dyade à une autre, les différences entre les perceptions d'une bonne et d'une mauvaise séance varient considérablement. Chaque couple thérapeutique va évaluer la séance en regard de ce qui s'est déjà produit au sein de leur relation respective. Comme chaque relation est différente, ce qui est perçu positivement dans une dyade peut ne pas l'être dans une autre.

Dans un même ordre d'idée, Dill-Standiford et coll. (1988) et Stiles (2002) mentionnent que le patient et le thérapeute n'ont pas nécessairement la même évaluation de la séance puisqu'ils ne s'appuient pas sur les mêmes critères pour déterminer la satisfaction vécue après cette dernière. Par exemple, Stiles (1980) fait

ressortir quatre types de sessions dans lesquelles les thérapeutes et les patients vont être plus ou moins satisfaits. Pour ce faire, il croise deux facteurs, à savoir la profondeur de l'exploration et la douceur (ou facilité) de la séance. Ainsi, l'heure de thérapie peut être décrite comme étant soit profonde ou superficielle, et comme étant soit douce ou difficile. Il semblerait que d'une manière générale, les thérapeutes préfèrent les séances où une exploration en profondeur est faite, que ce soit fait de façon douce ou confrontante. Les patients quant à eux préféreraient généralement les séances douces et sécurisantes, peu importe la profondeur de l'exploration. Par exemple, il se peut que le patient vive du désagrément et de l'insatisfaction lorsqu'il entre en contact avec un enjeu personnel important, alors que c'est ce plein contact inconfortable qui rend le thérapeute satisfait de la séance (Delisle, 1998 ; 1998). Il y aurait toutefois convergence d'opinion favorable chez le patient et chez les thérapeutes lorsque les séances sont vécues comme permettant une exploration en profondeur d'enjeux importants de façon détendue et sécurisante (Stiles, 1980). Ces derniers semblent aussi s'accorder sur le fait que les séances superficielles et difficiles sont insatisfaisantes dans leur ensemble. Stiles (1980) nuance lui-même cette classification générale des dyades thérapeutiques selon les facteurs profondeur de l'exploration et confort en justifiant qu'elle ne saurait rendre compte de la complexité d'une séance de thérapie. En effet, il se pourrait par exemple qu'un patient soit confortable pendant la séance et se sente bien à la fin de celle-ci sans que cette dernière soit satisfaisante. Pensons à certaines approches thérapeutiques psychodynamiques qui semblent aller à contresens de la satisfaction en mettant l'accent sur la frustration des désirs et sur la confrontation pour arriver à des résultats cliniques significatifs. La logique qui prévaut dans ce genre de thérapie s'organiserait autour de la triade frustration/régression/agression qui consisterait à frustrer le désir du patient, ce qui amène une régression chez lui et l'émergence de sentiment agressif (Lacan, 1953). Kernberg (1989) l'explique très bien quand il mentionne à propos du désir d'un patient d'organisation limite que :

Les efforts systématiques de l'analyste pour aider le patient à comprendre la nature de ce transfert plutôt que de satisfaire sa demande d'admiration et de confirmation de self grandiose provoquent typiquement la colère, la rage, ou une brusque dévalorisation de l'analyste et de ses propos. [...] Le fait que l'analyste tolère de tels moments de rage et de dévalorisation, qu'il interprète les raisons de ces réactions du patient, permet peu à peu à celui-ci d'intégrer les aspects positifs et négatifs du transfert [...]. (p. 283).

Il semble que, malgré la frustration et l'inconfort pouvant être vécus au sein des séances, ces approches répondent aux besoins plus profonds qui sous-tendent les désirs immédiats, qui eux sont frustrés (Stiles, 1980 ; Kernberg, 1989). De ce point de vue, un certain niveau de désaccord paraît être nécessaire entre le patient et le thérapeute pour qu'un réel travail thérapeutique puisse se déployer. Certaines recherches en font part en démontrant qu'une rupture empathique bien gérée amène une consolidation de l'alliance et une plus grande satisfaction au plan relationnel (Horvath et Luborsky, 1993 ; Safran et Muran, 2000 ; Horvath et coll., 2011). Les questions à se poser sont de savoir quel est le niveau de désaccord optimal et tolérable pour chaque patient, combien de temps l'est-ce et quel est le niveau d'accord satisfaisant qu'il faut atteindre lors de la gestion d'une rupture empathique. L'alliance étant un processus relationnel dynamique de collaboration et de négociation entre un patient et son thérapeute s'élaborant au fil des séances, les composantes contractuelles et relationnelles affectives vont varier tout au long du processus thérapeutique, ce qui influera sur la satisfaction vécue à chaque séance. De plus, les besoins, attentes, désirs, croyances et capacités de chacun diffèrent et auront aussi un impact sur la satisfaction. Nous pouvons donc penser que les critères de satisfaction du patient et du thérapeute divergeront à un moment ou un autre du processus et mèneront éventuellement à une rupture d'alliance qu'il faudra gérer.

### 1.2.2 Selon le thérapeute

Plusieurs recherches se sont attardées à comprendre les enjeux propres à chacun des partenaires de la relation thérapeutique pour ensuite dégager les critères d'évaluation de ceux-ci. Sandell, Ronnas, & Schubert (1992) ont exploré le sentiment de compétence du thérapeute. Selon cette étude, un thérapeute sera davantage satisfait de la séance s'il se sent compétent. Toutefois, ce n'est pas parce que le clinicien est satisfait de lui-même que la séance s'est nécessairement bien déroulée pour le patient. En effet, si le thérapeute est inconscient des écueils présents dans le processus thérapeutique, donc s'il ne peut repérer la reproduction de la dynamique du patient dans le champ thérapeutique, il se placera parmi les bons thérapeutes sans que le travail avance. C'est dans ces moments que peut s'instaurer une fausse alliance défensive entre le thérapeute et le client (Sandell et coll., 1992). Cette situation amène le clinicien à ménager le patient en intervenant de façon à ce que ce dernier ne pense que du bien de lui. D'un autre côté, le plein contact créateur recherché par le thérapeute entre le patient et certains de ses enjeux importants n'est pas nécessairement vécu de façon satisfaisante pour le patient lui-même alors que le changement passe par cette étape (Delisle, 1998a et b). C'est en étant capable d'identifier et de travailler avec les résistances (les interpréter, les laisser se mettre en place, etc.) et en étant capable d'utiliser le transfert et le contre-transfert pour comprendre le client et faire de bonnes interventions que le thérapeute se sentira compétent et satisfait de la séance, peu importe ce qu'en pense le patient (Sandell et coll., 1992 ; Delisle, 1998a et b). De plus, il peut arriver que le thérapeute doive porter les émotions pénibles que son patient projette afin de l'aider à réguler son monde affectif. Il s'agirait de moments particulièrement difficiles pour le thérapeute, ce dernier pouvant être plus perturbé que son patient le temps que ce dernier assimile l'expérience affective de façon plus régulée (Schores, 2011). Nous pouvons donc supposer qu'un clinicien conscient qu'un tel processus se produit puisse se sentir satisfait de son travail malgré son état de détresse temporaire. La satisfaction du

thérapeute ne reposerait donc pas sur l'évitement de l'apparition d'émotion plus difficile à vivre pour le patient ou pour lui-même, mais sur la reconnaissance d'enjeux importants au cours de la thérapie et sur sa capacité à les gérer et à travailler avec.

### 1.2.3 Selon le patient

Bien qu'il soit difficile de définir la satisfaction par rapport à la psychothérapie, il semblerait que les patients soient capables de discriminer les résultats obtenus en thérapie de la relation qu'ils entretiennent avec leur thérapeute (Hendiksen, et coll., 2010). Selon ces auteurs, bien que les deux variables soient partiellement corrélées, un patient peut indépendamment être satisfait des changements obtenus, et de la relation qu'il entretient avec son thérapeute. Il faut cependant se questionner sur les ressources personnelles du patient quand nous interprétons ces résultats. En effet, une personne ayant une identité plus diffuse et présentant une moins grande capacité à mentaliser aura plus de difficulté à comparer ses propres perceptions à celle d'autrui (Fonagy et Bateman, 2007), ce qui peut laisser croire que la distinction entre la relation au thérapeute et les résultats obtenus serait plus trouble pour ces derniers. Somme toute, ces recherches nous renseignent sur le fait que la satisfaction serait autant affaire de résultats que de relation affective. De ce point de vue, la relation thérapeutique, de par son aspect contractuel dirigé vers les résultats et son aspect relationnel (Bordin, 1979 ; Horvath et Luborsky, 1993 ; Hersoug, et coll., 2010 ; Horvath et coll., 2011), serait alors un élément important pour que le patient vive de la satisfaction en thérapie puisque l'alliance thérapeutique semble agir comme modérateur entre la satisfaction et les résultats d'une psychothérapie. En effet, certaines recherches avancent que les attentes et la satisfaction par rapport à la thérapie ou à la personne du thérapeute ont un impact sur l'alliance (Al-Darmaki et

Kivlighan, 1993 ; Hersoug et coll., 2010) qui à son tour est liée aux résultats (Horvath et coll. 2011).

Selon l'aspect contractuel de l'alliance, des recherches ont lié la satisfaction aux résultats obtenus. Selon Hatcher et Barends (1996), le sentiment de collaboration vers un but commun et le sentiment de recevoir de l'aide sont liés à l'impression que le patient se fait que la thérapie donne des résultats encourageants. L'évaluation du changement fait par le client est à son tour corrélé significativement à la satisfaction du patient (Ankuta et Abeles, 1993). Selon ces auteurs, un client ayant vécu un changement thérapeutique significatif est davantage satisfait qu'un autre qui a changé modérément ou pas du tout. Il est cependant impossible de conclure si le client a changé parce qu'il était satisfait de la thérapie ou s'il est satisfait parce qu'il a changé. De plus, comme il a été mentionné précédemment, un client confronté lorsqu'il reproduit une impasse peut être insatisfait alors qu'un changement se produit (Freud, 1914/2007 ; Kernberg, 1989, Delisle, 1998). Toutefois, comme le mentionne Stiles (1980), le client sera plus satisfait de ce changement si la thérapie se passe en douceur, sans trop de confrontation. Malgré ces recherches, il est difficile de déterminer l'importance relative de la satisfaction par rapport au changement thérapeutique. En effet, le changement peut survenir à retardement ou être l'effet d'une accumulation de facteurs ou encore être influencé par des éléments extérieurs à la thérapie, indépendamment de la satisfaction vécue en psychothérapie (Friedlander et coll., 1985).

De leurs côtés, Hersoug et coll. (2010) mentionnent que des attentes de changement trop élevées chez le patient causent constamment de la frustration par rapport à la thérapie puisque ces dernières sont toujours insatisfaites. Cette insatisfaction, si elle n'est pas soulevée et travaillée au sein de la thérapie, amène une rupture de l'alliance thérapeutique, qui à son tour peut mener à de moins bons résultats et voir même à l'abandon du processus (Horvath et Luborsky, 1993 ; Safran et Muran, 2000 ; Hersoug et coll., 2010; Sharf et coll., 2010). Cela revient à dire qu'il existe une

relation d'interdépendance entre la satisfaction d'une séance de psychothérapie et l'alliance. En effet, si la rupture est adressée et réparée, l'alliance thérapeutique se trouve renforcée, la relation devient plus satisfaisante pour les deux partenaires, peu importe que des résultats soient visibles ou non dans l'immédiat (Safran et Muran, 2000; Barber, Conolly, Crits-Christoph, Gladis et Siqueland, 2000). Un travail important du processus thérapeutique serait alors la négociation d'attentes réalistes, pour le thérapeute et le patient, pour que l'alliance puisse continuer à se développer et pour que chacun puisse y trouver une certaine forme de satisfaction (Bordin, 1979 ; Al-Darmaki et Kivlighan, 1993; Horvath et Luborsky, 1993 ; Hersoug et coll., 2010). Nous pouvons maintenant nous demander comment les caractéristiques psychologiques des patients influencent leurs attentes, la satisfaction qu'ils éprouvent en thérapie, et la façon qu'ils ont d'entrer en relation.

### 1.3. Organisation limite de la personnalité

Au cours des dernières années, l'étude des gens présentant une organisation limite a foisonné, et ce n'est pas sans raison. D'une part, il a été démontré que des psychothérapies à long terme avec ces patients apportent des effets bénéfiques pour ceux qui complètent le traitement (Jorgensen et Kjolbye 2007 ; Rüsçh, Schiel, Corrigan, et coll., 2008). Toutefois, les résultats des recherches sur le taux d'attrition de ces patients sont inconsistants. En effet, certaines recherches stipulent que les patients d'organisation limite vont tendre à quitter le traitement avant la fin prévue (Jorgensen, et Kjolbye, 2007 ; Spinhoven, et coll., 2007 ; Rüsçh, Schiel, Corrigan, et coll., 2008), alors qu'une méta-analyse datant de 2011 composée de 41 études portant sur la thérapie de patients état-limites arrive à la conclusion que ces derniers n'ont pas un taux d'attrition plus élevé que la moyenne, bien qu'il y ait d'importants écarts entre les taux d'achèvement à l'intérieur des différentes recherches (entre 36% à

100%), ce que les auteurs n'arrivent pas à expliquer (Barnicot, Katsakou, Marougka, et Priebe, 2011). Cela pose la question de savoir quels sont les facteurs au sein du processus thérapeutique qui favorisent l'adhérence au traitement pour ces patients, ce qui leur permettrait d'en bénéficier. Il s'avère qu'il est difficile pour les thérapeutes de bâtir et maintenir une alliance avec ces patients lorsque ces derniers ont une impression négative du processus thérapeutique dès le début (Spinhoven, et coll., 2007), ou présentent une plus grande difficulté à vivre de l'intimité (Beretta, de Roten, Stigler, et coll., 2005 ; Bachelor, Meunier, Laverdière et Gamache, 2010 ; Diener et Monroe, 2011).

Comme l'alliance est un concept complexe, quelques auteurs ont tenté de comprendre quels sont les facteurs pouvant la faire varier. Il a donc été nécessaire de vérifier si la présence ou l'absence d'un trouble de la personnalité chez le patient a un impact sur l'établissement et le maintien de l'alliance thérapeutique. Comme ces troubles sont caractérisés par des difficultés durables au niveau interpersonnel, cognitif, et/ou affectif (DSM-IV-TR, 2004), et que les personnes en étant atteintes ont généralement plus de difficultés à tenir compte du point de vue d'autrui dans leur évaluation des situations, les patients en souffrant seraient moins capables de développer une alliance thérapeutique favorable (Spinhoven, et coll., 2007). D'un point de vue intrapsychique, la façon dont le thérapeute abordera l'alliance dépendra des enjeux spécifiques liés à la personnalité du patient. En effet, les patients, selon leurs structures psychiques et les enjeux qui les définissent, réagiront différemment au cadre psychothérapeutique, aux interprétations, aux silences, et aux confrontations de leur thérapeute (Kernberg, 1989 ; Bergeret, 2004 ; Roussillon et coll., 2007). De plus, il est reconnu qu'il est plus difficile de créer et de maintenir une alliance en thérapie avec des patients vivant plus de problèmes au niveau interpersonnel puisque ces derniers présenteraient une plus grande réticence que la moyenne à créer un lien affectif avec le thérapeute et s'entendraient en général moins facilement sur les tâches à accomplir et les objectifs à atteindre que d'autres clients aux prises avec d'autres

enjeux (Beretta, de Roten, Stigler, Drapeau, Fischer, et Despland, 2005; Diener, et Monroe, 2011). Ajoutons à cela que certains types de personnalité ont plus de difficultés à gérer la frustration que d'autres (Kernberg, 1989 ; Bergeret, 2004 ; Delisle, 1998), ce qui peut rendre le travail de réparation des ruptures empathiques plus difficile à effectuer. C'est dans le but d'adapter encore plus l'intervention à cette clientèle particulière que nous nous attarderons à comprendre les gens présentant une organisation limite de la personnalité, puisque cette dernière se caractérise, entre autres, par un problème marqué au niveau interpersonnel, en plus de présenter de l'impulsivité dans l'expression de leur colère et de l'hostilité envers leur thérapeute lorsque ce dernier est plus ou moins bien ajusté, ce qui, comme nous le verrons plus loin, peut être néfaste pour le maintien de l'alliance thérapeutique (Kernberg, 1989 ; Bergeret, 2004 ; Rüschi, Schiel, Corrigan, et al., 2008 ; Barnicot, Katsakou, Marougka, et Priebe, 2011). C'est donc afin de préciser ce qui caractérise ce genre de patient que nous allons aborder la représentation que ces patients ont d'eux-mêmes et des autres ainsi que leur tolérance à la frustration.

### 1.3.1 Représentation de soi et de l'autre

Les représentations qu'un patient se fait de lui-même et du thérapeute seraient liées à l'alliance thérapeutique. Selon Beretta et coll. (2005), un patient ayant une représentation de soi plus positive développerait de manière générale une meilleure alliance qu'un patient ayant une représentation de soi négative. De plus, d'autres auteurs ont démontré qu'un patient ayant un type d'attachement sécure développera la plupart du temps une bonne alliance thérapeutique puisqu'il aura tendance à se percevoir comme étant généralement une bonne personne ayant de la valeur tout en ayant confiance que les autres lui veulent du bien (Bachelor et coll., 2010 ; Diener et Monroe, 2011). À l'opposé, il serait plus difficile de créer et maintenir un bon niveau

d'alliance avec un patient ayant une représentation de soi négative et un style d'attachement plus insécure (Beretta et coll., 2005 ; Bachelor et coll., 2010 ; Diener et Monroe, 2011)

Dans le même ordre d'idée, les clients ayant une représentation des autres négative, c'est-à-dire qu'ils perçoivent ces derniers comme étant non-aidants, blessants et non dignes de confiance, ont généralement plus de difficulté à bâtir une alliance thérapeutique et la maintenir (Beretta et coll., 2005 ; Bachelor, et coll., 2010). Il est aussi intéressant de noter que plusieurs patients ayant une organisation de personnalité limite mettant prématurément un terme à leur thérapie vont percevoir leurs thérapeutes comme étant sévères dans les jugements qu'ils portent à leur endroit (Rüsch, et coll., 2008). Bien qu'un désir d'être en relation existe chez ces patients, les chercheurs s'entendent généralement pour dire que ce sont les représentations que les clients se font d'eux-mêmes et de l'autre qui vont venir influencer sur la façon dont ces derniers vont entrer en relation et appréhender le processus thérapeutique (Beretta et coll., 2005 ; Rüsch, et coll., 2008 ; Bachelor, et coll., 2010 ; Diener et Monroe, 2011).

### 1.3.2 Tolérance à la frustration

La capacité des patients à affirmer leurs insatisfactions et leur frustration à leur thérapeute serait corrélée à la résolution des ruptures empathiques (Rhodes, Hill, Thompson, et Elliott, 1994). En effet, un patient étant capable de nommer ce qui lui déplaît et ce qui le frustre dans le processus thérapeutique a plus de chance de voir la rupture empathique se résoudre et de vivre par le fait même plus de satisfaction. Par contre, d'autres recherches portant sur les patients présentant une structure de personnalité limite affirment que ces derniers seront plus sujets à l'attrition s'ils présentent des signes d'impulsivité, d'agressivité et d'hostilité envers leurs thérapeutes (Rüsch, Schiel, Corrigan, et al., 2008 ; Barnicot, Katsakou, Marougka, et

Priebe, 2010). Cela peut être dû à une moins grande capacité de mentalisation chez ces patients, cette capacité étant inversement corrélée à la propension à l'agir face à l'émergence de frustrations (Kernberg, 1989 ; Bergeret, 1996 ; Bergeret et coll., 2004). Une personne étant moins capable de mentaliser éprouve plus de difficulté à vivre un délai dans la gratification de ses désirs et est moins à même de nommer ce qui la dérange étant donné son incapacité à mettre en contexte et à réfléchir sa propre expérience et à la confronter à celle d'autrui (Fonagy et Bateman, 2007). Plus spécifiquement, la carence de mentalisation fait en sorte que la vie psychique du patient d'organisation limite se trouve à être contaminée par l'absence de la gratification instantanée d'un désir de la part du thérapeute ou par la perception immédiate d'une faille chez ce dernier (Kernberg, 2008). Ces délais et failles sont difficilement supportables pour le patient puisqu'ils sont vécus comme des blessures narcissiques. Ils sont alors plus ou moins consciemment interprétés dans l'immédiat par le patient comme la répétition du traumatisme précoce causant souffrance, ce qui l'amène à nier toute aide que le processus thérapeutique a pu lui apporter par le passé (Kernberg, 2008). Ce déni participe ainsi au maintien de la souffrance, empêche la mise en place d'expériences réparatrices pendant la thérapie, et amène un désinvestissement de la part du patient vis-à-vis du processus thérapeutique (Kernberg, 2008). Du côté du thérapeute, une explosion de colère de la part du patient servant à décharger un vécu d'insatisfaction intolérable va amener le professionnel à vivre de l'anxiété et à produire des réponses défensives, ce qui peut conduire à une diminution d'alliance et éventuellement à un abandon thérapeutique (Rüsch, Schiel, Corrigan, et coll., 2008 ; Hill, 2010).

Ces résultats contrastés sur l'expression de sentiments agressifs permettent de comprendre en partie comment la tolérance à l'insatisfaction permet l'établissement d'une meilleure alliance. Il semble qu'une expression réfléchie et contrôlée de colère et d'irritation de la part d'un patient supportant de vivre cette émotion pendant un certain moment peut aider à communiquer des éléments problématiques du processus

thérapeutique. La possibilité d'aborder ces éléments en thérapie permet un ajustement réciproque entre le thérapeute et le patient, ce qui amène une réparation de l'alliance et à une plus grande satisfaction (Safran et Muran, 2000 ; Hill, 2010). Par conséquent, nous pouvons supposer que pour une personne présentant une organisation limite et ayant généralement de moins grandes ressources de mentalisation, sa capacité à tolérer l'absence de satisfaction et la frustration sera moins grande, ce qui influencera la mise en place et le maintien de l'alliance, et aura aussi un impact sur les résultats (Fonagy et Bateman, 2007 ; Bateman et Fonagy, 2010).

#### 1.4 Questions de recherche

Face à la complexité des interactions entre la satisfaction, l'alliance, les résultats et la personnalité du patient dans un processus thérapeutique, nous tenterons de comprendre certaines relations qui lient ces facteurs et la place particulière qu'occupe la notion de satisfaction en tentant de répondre aux questions suivantes :

- 1- Quels sont les liens qui peuvent être observés entre 1) les résultats thérapeutiques obtenus avec des patients d'organisation limite, 2) la variation de l'alliance thérapeutique dans les thérapies individuelles, 3) la variation de la satisfaction du patient, et 4) la variation de la satisfaction du thérapeute.
- 2- La fluctuation du degré d'écart de satisfaction thérapeute-patient est-elle associée à 1) l'amélioration ou la dégradation de la qualité de l'alliance thérapeutique, et 2) aux résultats pour des patients d'organisation limite de la personnalité?

## CHAPITRE II

### MÉTHODOLOGIE

Afin de répondre aux questions précédentes, la présente recherche propose un protocole quasi-expérimental à mesures répétées. Un défi de cette recherche est de saisir la dynamique d'un processus thérapeutique au sein de questionnaires objectivant certaines de ses composantes, à savoir l'alliance thérapeutique telle que mesurée par le WAI, la satisfaction telle que mesurée par le SEQ, et l'intensité symptomatique telle que mesurée par l'OQ-45. La prise de mesures répétées permet, selon nous, d'y arriver. La prise de mesure répétée et systématique de l'alliance thérapeutique et de la satisfaction permettra de suivre la variation de chacune d'elle à des moments clés du processus thérapeutique (Byrd, Patterson et Turchik, 2010 ; Crits-Christoph, et coll., 2011), tout en permettant de les mettre en lien avec d'autres variables, incluant des mesures de résultats thérapeutiques (Barber, et coll., 2009 ; Marmarosh et coll., 2009). Il est important d'inclure la 3<sup>e</sup> ou la 4<sup>e</sup> semaine de thérapie dans la prise de mesure lors de recherches cliniques. Ce serait à ce moment du processus thérapeutique que la qualité de l'alliance prédirait de façon particulièrement importante les résultats en fin de thérapie (Kivlighan, 2007). Le choix de l'intervalle de mesure pour l'OQ-45 a été fait en tenant compte de recherches précédentes qui l'utilisait dans un devis pré-traitement/post-traitement (Lambert et coll., 2006) afin d'apprécier le changement observé dans l'état du patient, ou dans un devis à mesure répété pour suivre l'évolution de la dégradation/amélioration de l'état du patient de façon processuelle afin de la mettre en corrélation avec l'alliance et l'attrition (Okiishim Lambert, Eggett, et coll., 2006 ; Vermeersch et coll., 2004).

Les participants recrutés sont des patients présentant un trouble à l'axe II, parfois accompagné de divers troubles anxieux et troubles de l'humeur et ont été référés à la

clinique des troubles anxieux et de l'humeur – volet troubles de la personnalité par d'autres programmes de soins de l'IUSMM n'étant pas arrivés à des résultats probants. Les soins offerts dans cette clinique comprennent un processus thérapeutique individuel combiné à un processus thérapeutique de groupe. Chacun de ces deux volets est assurés par des professionnels distincts. Bien que les rencontres soient hebdomadaires dans les deux cas, il s'agit de processus parallèles qui visent chacun différentes cibles d'interventions. L'évaluation diagnostique des patients est faite par l'équipe de soin au moment de la prise en charge, donc avant le début de l'étude. Plus spécifiquement, ce processus d'évaluation comprend des entrevues individuelles, des entrevues avec un tiers significatif, et la passation d'une batterie de tests (BDI-II, SIPP-118, IASC)<sup>1</sup>. Cela permet entre autres de dresser le profil symptomatique anxio-dépressif du patient, en plus d'aider le clinicien à établir un diagnostic dimensionnel au niveau de la personnalité. Cette évaluation a donc permis d'identifier la structure psychique de chaque patient à travers ses principaux enjeux. Nous avons donc basés nos critères d'inclusions dans l'échantillon sur ce processus d'évaluation rigoureux puisqu'il permet d'exclure certains patients présentant une structure psychotique à bruit. Ces derniers ont donc pu être référés à une autre équipe lorsque c'était le cas. C'est pourquoi les patients admis au programme des troubles anxieux et de l'humeur – volet troubles de la personnalité sont considérés comme pouvant faire partie de l'étude puisque l'évaluation faite par l'équipe soignante a conclu qu'ils étaient organisés sur un mode limite. Notons que nous n'avons pas eu accès au matériel recueilli dans le cadre de ces évaluations. C'est pourquoi ces données ne sont pas prises en compte dans la cueillette de données et dans l'analyse des données de cette présente recherche.

Mentionnons que les questionnaires utilisés dans cette recherche (OQ-45, WAI, SEQ) auront déjà été remplis dans le cadre du suivi thérapeutique offert à l'IUSMM en vue d'évaluer les pratiques de l'équipe traitante. Cette recherche n'introduit donc aucune

---

<sup>1</sup> Les qualités psychométriques de ces instruments sont détaillées en annexe.

autre mesure dans les suivis thérapeutiques, bien que celles qui sont utilisées aient été inspirées par les intuitions de recherche de l'auteur. Il n'y a donc pas de surcharge de travail occasionnée par cette recherche, ce qui diminue le risque que les patients et les thérapeutes se fatiguent et ne remplissent plus les outils de façon consciencieuse à mesure que le temps passe. Pour ce qui est des thérapeutes, ces questionnaires servent également à objectiver certaines intuitions qu'ils pourraient avoir et leur permettent d'ajuster les soins apportés si cela devait être nécessaire. Nous détaillerons la procédure de cueillette de données plus loin.

Au point de vue éthique, l'étude est minimalement intrusive puisqu'elle ne s'intéresse pas au contenu des entretiens, mais uniquement au processus thérapeutique tel qu'il se déploie de façon spontanée. Aucune observation directe n'a été nécessaire. Pour une question de confidentialité et d'anonymat, les questionnaires ont été recueillis au terme d'un cycle de 15 séances, et les thérapeutes ignorent qui sont les patients qui ont accepté ou refusé de participer à l'étude. De plus, tous les questionnaires ont été dénominalisés avant la compilation des données. De cette façon, nous voulions favoriser des réponses honnêtes de la part des patients d'une part en préservant l'anonymat et d'autre part en évitant que la désirabilité sociale ne devienne un facteur biaisant les données. Par ailleurs, lorsqu'un retrait de consentement ou un refus de participation à l'étude de la part du patient s'est produit, le thérapeute n'a pas été avisé et les questionnaires ayant été remplis n'ont tout simplement pas été comptabilisés pour des fins de recherches et exclus des analyses. Finalement, les thérapeutes auront accès aux conclusions obtenues à la fin de l'étude en vue de permettre une bonification de l'intervention par la prise en compte par les intervenants de nouveaux éléments dans la compréhension de la place que prennent la satisfaction et la frustration dans un processus thérapeutique multimodal. Le formulaire de consentement nécessaire à l'étude a été distribué par l'équipe de recherche au même moment où elle est venue présenter le projet, en accordant un délai d'une semaine de réflexion à chaque participant afin qu'il donne une réponse la

plus éclairée qui soit. Cette recherche a d'ailleurs reçu l'approbation du comité éthique de l'UQAM le 22 janvier 2013 et celui de l'IUSMM le 2 avril 2014.

## 2.1 Participants

Nous avons prévu un recrutement de sujets s'étalant sur 13 mois à l'IUSMM, au sein de la clinique des troubles anxieux et de l'humeur – volet troubles de la personnalité. Les sujets recrutés sont des personnes présentant une certaine difficulté à créer des liens affectifs et à gérer leur frustration. Ils ont été admis au programme de soin sous certaines conditions, c'est-à-dire qu'ils doivent : 1) démontrer une motivation à s'investir dans le processus thérapeutique, 2) présenter une condition réfractaire aux traitements habituels des pathologies de l'axe I, 3) présenter une structure de personnalité limite. Le recrutement s'est avéré ardu auprès de cette population, et bien que nous visions un plus grand échantillonnage, onze patients ayant une structure de personnalité limite ont été recrutés. Les patients recrutés pour la recherche suivent sur une base volontaire des psychothérapies individuelles et de groupe pour un épisode de soins (15 semaines). De ces 11 patients, 4 ont mis fin au processus après 6 rencontres. L'échantillon est composé de 2 hommes et 9 femmes, âgés de 23 à 67 ans, avec une moyenne d'âge 41,7 ans.

## 2.2 Les thérapeutes

Deux psychologues de l'IUSMM, une femme et un homme, œuvrant dans le programme des troubles anxieux et de l'humeur – volet troubles de la personnalité – ont participé à la recherche. Ils sont âgés de 50 et 56 ans et possèdent respectivement 8 ans et 27 ans d'expérience comme psychologues, et pratiquent le modèle de la

psychothérapie gestaltiste des relations d'objets (PGRO) depuis 6 ans et 19 ans. Il s'agit d'une approche thérapeutique de nature intersubjective axant l'intervention sur le lien thérapeutique et la co-construction du sens. Elle provient d'un métissage entre la théorie de la Gestalt thérapie et de l'école britannique des relations d'objet en psychanalyse (Delisle, 1998).

Comme il est impossible d'évaluer objectivement l'efficacité des thérapeutes, il est préférable, dans un contexte de recherche clinique, de s'assurer de l'adhésion du thérapeute au modèle thérapeutique proposé dans l'étude afin d'avoir une plus grande rigueur (Castonguay, et coll. 1996 ; Lecomte et coll., 2004). Dans la présente étude, l'adhésion au modèle théorique est postulée par le fait que chacun de ces professionnels a un diplôme de 2<sup>e</sup> cycle en psychologie, en plus d'avoir ajouté une formation de trois cycles (environ 3 ans) au sein de la même école. De plus, ils participent régulièrement à un groupe de supervision qui permet un suivi continu quant à l'application du modèle théorique. Finalement, il est à noter que les thérapeutes sélectionnés ont été triés sur le volet par l'équipe soignante de l'IUSMM et ont passé par un processus d'évaluation qui mettait l'accent sur leur maîtrise du modèle théorique utilisé dans cette équipe (PGRO) et sur leur efficacité générale.

### 2.3 Mesures

Les questionnaires suivants ont été sélectionnés afin de mesurer les variables mises en relation dans la présente recherche. Une courte description de chacun, ainsi que leurs qualités psychométriques seront présentées plus bas.

### 2.3.1 Session Evaluation Questionnaire, version 5 (Stiles, 2002).

Ce questionnaire auto-rapporté sert à mesurer l'impact d'une séance de thérapie et la satisfaction qui en découle. Il vise à savoir si la séance est perçue comme bonne ou mauvaise à l'aide de 22 qualificatifs polarisés décrivant la séance (ex. : Cette session est : difficile ou facile). Il s'agit alors de spécifier quel adjectif décrit le mieux la séance en le cotant sur une échelle de 1 à 7. Ce questionnaire se divise en 2 facteurs décrivant la séance, à savoir, si elle a permis une exploration en profondeur ou non, et si elle a été confortable ou non.

Cet instrument présente une bonne cohérence interne au sein des facteurs qu'il révèle (ex. :  $\alpha$  de cronbach = 0,90 à 0,93) (Stiles, 2002 ; Dill-Stanford et coll., 1988). Pour ce qui est de la validité convergente, il se trouve que le SEQ mesure un construit apparenté à ce que mesure le Session Impact Scale (SIS, Elliott et Wexler, 1994), outil qui mesure l'impact d'une séance de thérapie ainsi que la satisfaction qui en découle. En effet, les facteurs *profondeur* ( $r = 0,55$ ), et la mesure globale de satisfaction ( $r = 0,45$ ) du SEQ sont significativement corrélés à l'échelle *impact aidant* du SIS (Elliott et Wexler, 1994). Il s'en différencie toutefois par les plus faibles corrélations qui existent entre les échelles du SIS et les facteurs *activation émotionnelle* ( $r = 0,15$ ) et *bien-être/confort* ( $r = 0,18$ ) du SEQ (Elliott et Wexler, 1994).

### 2.3.2 Working Alliance Inventory (WAI, Horvath et Greenberg, 1989).

Cette mesure auto-rapportée existe en trois versions : observateur, patient et thérapeute. Le WAI permet d'avoir un score global du niveau de l'alliance, et le divise en trois sous-échelles. Dans sa forme longue, cet outil est composé de 36 items se cotant sur une échelle de type Likert en sept points. Il présente une bonne

cohérence interne pour l'ensemble des items ( $\alpha$  de cronbach = 0,93) et pour chacune des sous-échelles, c'est-à-dire *objectifs* ( $\alpha$  de cronbach = 0,89), *moyens* ( $\alpha$  de cronbach = 0,92) et *lien affectif* ( $\alpha$  de cronbach = 0,92) (Horvath et Greenberg, 1989 ; Elvins et Green, 2008). De plus, le test-retest révèle que le WAI est stable dans le temps ( $\alpha$  = 0,85 à 0,92) (Horvath et Greenberg, 1989). La version française du test présente une bonne validité convergente avec d'autres mesures d'alliance, comme le HAQ ( $\alpha$  = 0,79) (Le Bloc, de Roten, Drapeau, et Despland, 2006 ; Elvins et Green, 2008), et se distingue d'autres construits, comme l'empathie, bien que la sous-échelle *lien affectif* du WAI y soit théoriquement apparentée (Horvath et Greenberg, 1989). Les sous-échelles de cet instrument se trouvent à être fortement corrélées les unes aux autres (Corbière, et coll., 2006 ; Horvath et Greenberg, 1989). Il s'avère toutefois que chacune d'elle permet d'expliquer une partie de la variance des résultats thérapeutiques, d'où la pertinence de conserver la distinction entre chacun des facteurs (Horvath et Greenberg, 1989). Finalement, une force du WAI est d'être fortement corrélé avec plusieurs indices de résultats thérapeutiques, dont la diminution de symptômes et le changement chez la personne (Martin, Garske, et Davis, 2000 ; Elvins et Green, 2008 ; Munder et coll., 2009 ; Horvath et coll., 2011).

### 2.3.3 MI -45 (Flynn et coll., 2002).

Le MI-45 est une traduction validée de l'OQ-45 (Lambert et coll., 1994). Il s'agit d'un questionnaire auto-rapporté conçu pour prendre des mesures répétées du changement de l'intensité symptomatique du patient pendant la thérapie et peut être utilisé comme une mesure fiable des résultats thérapeutiques. Il s'agit de coter, à l'aide d'une échelle de type Likert à 5 niveaux, 45 items portant sur l'état du patient. Un score plus élevé signifie une plus grande intensité symptomatique. Il comporte trois sous-échelles qui mesurent la gravité des symptômes, les relations

interpersonnelles et les rôles sociaux, de façon à explorer différentes sphères de fonctionnement d'un être humain. Une force de cet instrument serait d'être sensible dans l'évaluation de l'état du fonctionnement général d'un patient, ce qui en fait un test pertinent à utiliser en recherche et en clinique (Mueller, et coll., 1998 ; Lo Coco et coll., 2008).

Les qualités psychométriques de ce test sont réputées excellentes. L'OQ-45 présente une bonne stabilité temporelle lors d'un test-retest ( $r = 0,93$ ) (Lambert et coll., 1996), bien qu'il soit sensible au changement dans différentes populations cliniques (Vermeersch, et coll., 2004). Cet outil de mesure possède une cohérence interne pour le score global de  $\alpha$  de cronbach = 0,90, en plus d'avoir une bonne validité concomitante avec des échelles mesurant différents symptômes, par exemple le BDI-II (Lambert et coll., 1996 ; Lo Coco et coll., 2008).

#### 2.4 Procédure de cueillette de données

Les données sont recueillies à posteriori à partir d'instruments de mesures déjà utilisés auprès des patients par l'équipe soignante dans une optique d'évaluation de leurs pratiques. Pour ce faire, nous avons d'abord présenté le projet aux thérapeutes, et ensuite aux patients lors de leurs thérapies de groupe. À ce moment, nous leur avons demandé l'autorisation d'utiliser les questionnaires ayant déjà été remplis lors d'une séquence de thérapie individuelle passée (ce qui inclut la signature d'un formulaire de consentement). Chacune des personnes ayant accepté de participer à la recherche devait ensuite remplir un questionnaire sociodémographique.

Pour nos analyses, nous utilisons les mesures permettant d'évaluer la satisfaction (SEQ, voir Annexe A), l'alliance thérapeutique (WAI, voir Annexe B), ainsi que les changements symptomatiques (OQ-45, voir Annexe C) qui auront été remplies au

préalable pendant les thérapies individuelles des semaines 1, 3, 6, 12, et 15. En optant pour cette façon de faire, un suivi de l'évolution du fonctionnement de patients dont la dynamique est caractérisée par des fluctuations relationnelles pourra être fait et comparé aux différentes fluctuations de la satisfaction et la qualité de l'alliance. Comme l'OQ -45 est très sensible aux changements symptomatiques, il permettra la détection d'améliorations ou de dégradations chez le patient, même si ces dernières sont minimales (Lambert, 1992 ; Lambert et coll., 1994 ; Lambert et coll., 1996). À ce sujet, Lambert (2010) parle d'ailleurs du *Reliable Change Index* (RCI) qui stipule qu'il faut un minimum de 14 points d'écart d'un moment de passation à l'autre pour faire état d'un changement significatif, que ce soit une amélioration ou une détérioration.

En ce qui a trait à la variance liée aux compétences et à l'approche du thérapeute, rappelons que ces derniers sont réputés compétents dans le domaine, en plus de maîtriser le modèle thérapeutique proposé par l'équipe soignante (PGRO), ce qui ajoute à la rigueur de la recherche en diminuant le biais lié à la variabilité des thérapeutes (Castonguay, et coll., 1996).

## CHAPITRE III

### RÉSULTATS

#### 3.1 Analyse des données

Rappelons qu'il s'agit d'un projet pilote qui a pour objectif de soulever certaines tendances entre les variables à l'étude. Comme la difficulté à recruter des sujets a eu comme conséquence d'avoir un petit échantillon, nous avons privilégié une analyse descriptive visuelle des données en utilisant les logiciels Excel 2007 et SPSS version 17. Nous avons appuyé notre décision à partir de l'analyse de puissance de notre échantillon et en nous inspirant des devis de recherche  $N = 1$ . Plus spécifiquement, dans la littérature, la taille d'effet de l'alliance thérapeutique par rapport aux résultats thérapeutiques est généralement de  $f^2 = 0,26$  (Barber et coll., 2009). Nous avons donc basé notre analyse de puissance sur cette taille d'effet puisqu'il s'agit d'une variable d'importance dans cette recherche. Selon ce critère et en fixant le seuil de signification à  $p < .05$ , 41 sujets auraient été nécessaires pour s'assurer d'observer des relations significatives dans notre échantillon, si elles existent. Cependant, dans la période de recrutement de 13 mois, seulement 11 participants ont accepté de participer à l'étude. Un échantillon de cette taille nous donnerait une puissance statistique de  $(1-\beta > 0,22)$  pour les analyses de régressions. Ceci implique qu'il y aurait de faibles chances de détecter une relation statistiquement significative entre deux variables, même s'il en existait une dans notre échantillon. En ce qui a trait aux devis de recherche  $N = 1$ , il s'avère que l'analyse descriptive visuelle utilisée dans ce type de protocole permet d'identifier si les effets observés sont fiables, consistants, et non dus à la chance, tout comme le font les analyses statistiques (Kazdin, 2003). Ceci dit, certains critères doivent être pris en

compte pour évaluer la validité et la robustesse des effets observés lors d'analyses descriptives visuelles : le changement dans la moyenne<sup>2</sup>, le changement entre les temps de l'expérimentation<sup>3</sup>, le changement de la pente (tendance), et l'ampleur du changement (Kazdin, 2003). Toutefois, le devis de cette recherche ayant été conçu à la base dans l'optique d'effectuer des tests statistiques vérifiant la présence de corrélations entre les variables, notre échantillonnage ne permet pas que nous nous adaptions aux devis généralement utilisés pour qu'une étude de cas ( $n = 1$ ) soit robuste. Par exemple, le « reversal design » ou le « interrupted time series » nécessitent des périodes d'observation où le patient ne reçoit pas de soin pendant l'expérimentation, le « before-after design » nécessite une assez longue période de mesures pré-traitement, et le « multiple baselines » nécessite l'introduction graduelle de diverses modalités thérapeutique en cours de thérapie (Gottman, 1973 ; Streiner, 1998 ; Kazdin, 2003). Deux obstacles nous empêchaient de procéder ainsi. Premièrement, nous ne pouvions introduire une modalité thérapeutique ou modifier les intervalles entre les séances (ou forcer un arrêt temporaire de la thérapie) puisque les données ont été tirées a posteriori d'un programme de soin déjà implanté. De plus, cela aurait eu des implications éthiques importantes dans le cadre d'épisodes de soins chez des patients présentant une détresse importante et une sensibilité particulière à la séparation. Deuxièmement, la nature des deux principales variables étudiées ne nous permettait pas de faire de mesures pré-thérapie, ou entre des phases de thérapie, puisque la satisfaction et l'alliance thérapeutique sont des processus se développant au sein des séances. Cela nous a conduits à adopter les principes des analyses descriptives visuelles, ainsi que leurs critères de rigueur, pour interpréter les principales tendances soulevées dans l'échantillon. Les objectifs d'une telle démarche ne sont pas la recherche de liens de causalité comme dans les devis  $n = 1$ , mais de pouvoir contribuer à la connaissance sur les processus thérapeutiques et d'orienter de futures recherches à partir des observations faites dans le présent projet.

---

<sup>2</sup>, <sup>3</sup> Valide lorsqu'il y a suspension et reprise du traitement

Plus spécifiquement, nous avons d'abord effectué des analyses visuelles générales incluant l'ensemble des participants afin d'apprécier si des liens se dégagent entre les variables. Pour ce faire, nous avons calculé une moyenne des scores de chaque variable, à chaque temps de mesure. À partir de ces données, nous avons construit les graphiques sur lesquels se sont basées les analyses visuelles. En suivant la même méthode, nous avons par la suite vérifié si des contrastes pouvaient exister entre les patients ayant complété les 15 séances (thérapie complétée) et ceux ayant quitté la thérapie après la 6<sup>e</sup> séance (attrition).

Notons que des 11 participants recrutés, quatre n'ont complété que les 6 premières rencontres avant d'abandonner. Des 7 participants ayant complété les 15 semaines de suivi, quatre ont manqué la 12<sup>e</sup> séance en raison des vacances des thérapeutes, et trois ont complété les 15 séances sans manquer une seule séance. Cela a limité les comparaisons possibles entre différents moments du processus thérapeutique, ce qui nous a amenés à ne considérer que les séances 1, 3, 6, et 15. Nous discuterons plus loin des implications que cela comporte.

### 3.2 Analyses visuelles générales

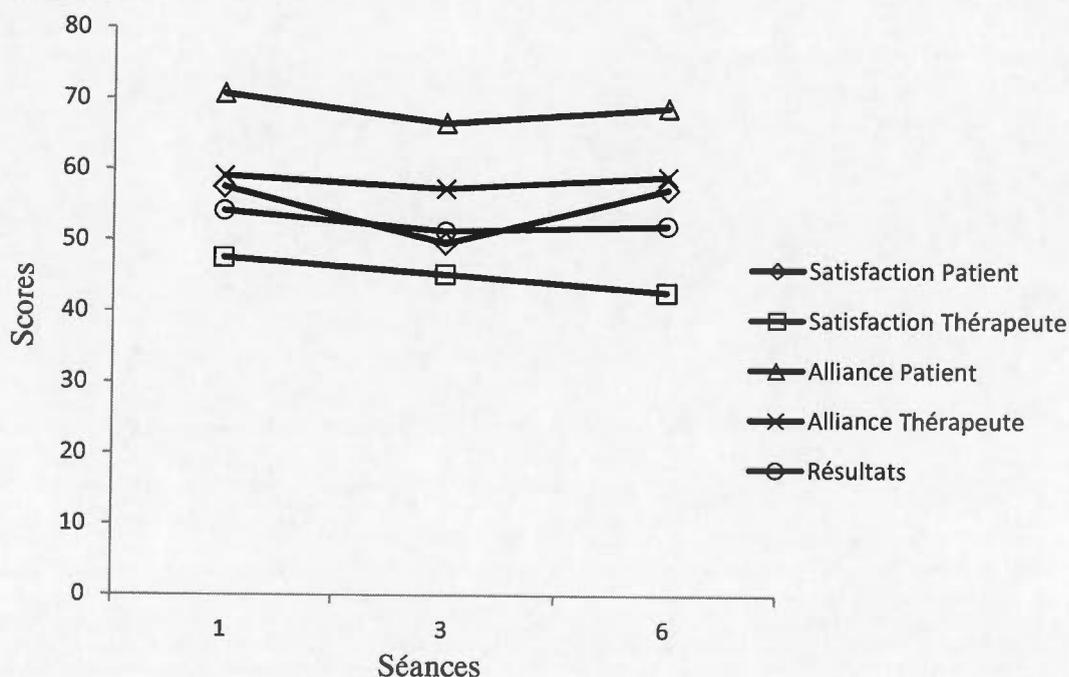
Nous présentons maintenant les analyses visuelles ayant trait aux relations pouvant exister entre l'alliance thérapeutique, la satisfaction du patient, la satisfaction du thérapeute, et les résultats thérapeutiques. En ce qui concerne ces derniers, il est important de rappeler qu'une variation négative au niveau des scores à l'OQ-45 signifie une diminution des symptômes, et peut être considéré comme une amélioration cliniquement significative si elle est d'au moins 14 points selon la méthode du *Reliable Change Index* (RCI) calculée par Lambert (2010). Pour ce qui est de l'alliance et de la satisfaction, il n'existe pas de critères fixes pour déterminer si

un changement est significatif. Pour déterminer si les variations d'un score d'alliance ou de satisfaction à une séance donnée sont significatives, nous avons observé s'il existe des changements dans les pentes des courbes de tendances pendant le processus thérapeutique, tout en évaluant l'ampleur des changements aux scores d'alliance et de satisfaction (Kazdin, 2003 ; Coutinho, et coll., 2014). Ainsi, une courbe qui descend ou monte brusquement de plusieurs points à un moment du processus thérapeutique signifie qu'une variation significative semble s'être produite.

À la lumière de ces considérations méthodologiques, nos analyses soulèvent plusieurs éléments importants. D'abord, nous observons peu de variation en début de thérapie (séance 1 à 6).

Figure 3.1

*Courbes de tendances en début de thérapie pour tous les patients  
(n = 11)*

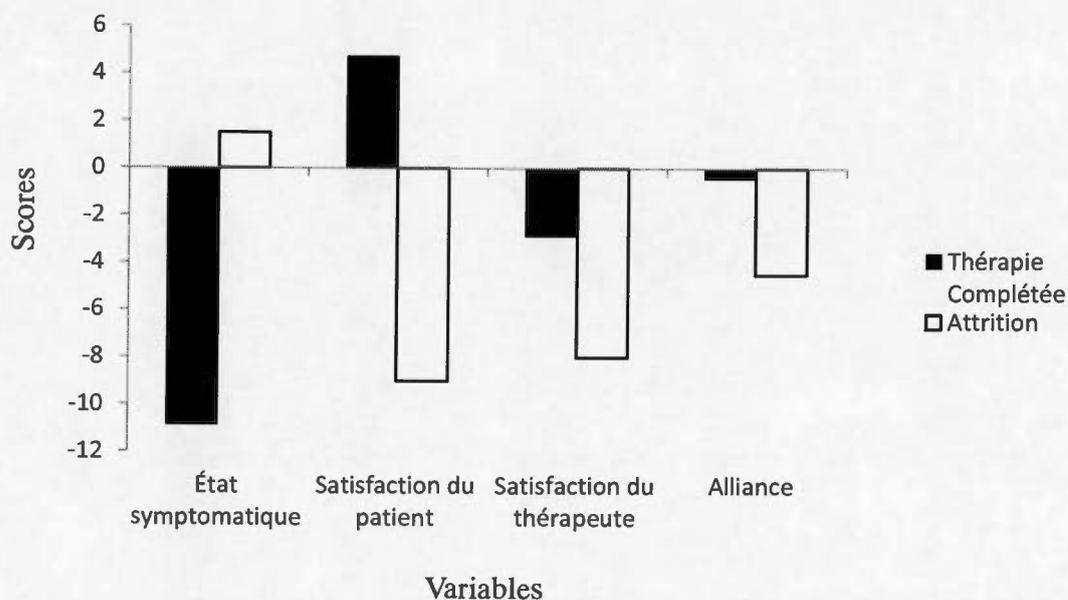


Les éléments qui ressortent davantage dans la figure 1 sont la baisse importante à la 3<sup>e</sup> séance de la satisfaction du patient, suivie d'une augmentation à la 6<sup>e</sup>. De son côté, la satisfaction du thérapeute paraît constamment décroître à mesure que se déroule la thérapie.

Nous avons par la suite vérifié si des contrastes pouvaient être dégagés au niveau des tendances entre ceux qui ont complété les 15 séances et ceux ayant quitté. La figure 2 suggère des écarts ayant un intérêt clinique entre les deux groupes. En effet, en comparant les variations des variables entre les séances 1 et 6 pour chaque groupe, une différence systématique semble présente (voir figure 2).

Figure 3.2

*Moyenne des variations pour chaque variable, selon les groupes, entre la 1<sup>ère</sup> et la 6<sup>e</sup> séance*



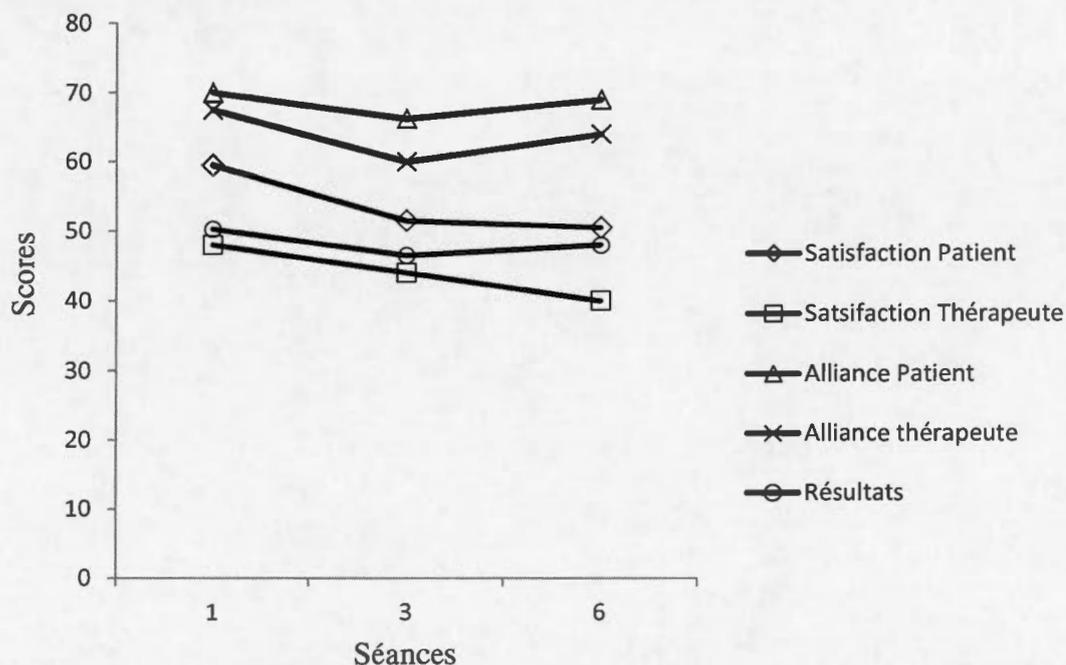
Ces résultats nous amènent à supposer qu'après 6 séances, les patients ayant complété le processus de 15 semaines aient une amélioration, bien que non significative selon

le RCI (Lambert, 2010). Ils auraient également maintenu une meilleure alliance, et auraient vécu plus de satisfaction, tout comme leur thérapeute, lorsque nous les comparons à ceux ayant abandonné.

Plus spécifiquement, les courbes de tendances des patients ayant abandonné suggèrent que leur satisfaction en regard de la thérapie aurait constamment diminué, tout comme la satisfaction de leur thérapeute (voir figure 3). Bien que l'alliance du patient et du thérapeute suivent un mouvement semblable (détérioration-amélioration), nous observons que l'état des patients semble suivre une trajectoire inverse qui suppose une légère détérioration.

Figure 3.3

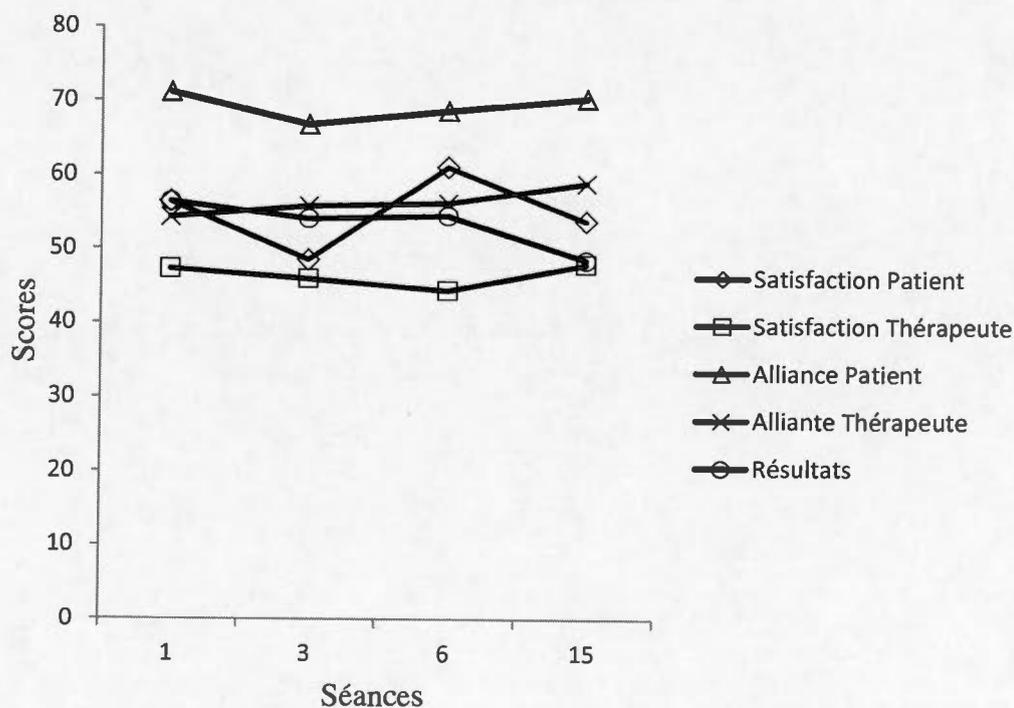
*Courbes de tendances en début de thérapie pour les patients ayant abandonné (n= 4)*



En ce qui concerne les patients ayant complété le processus thérapeutique, l'alliance thérapeutique semble constante, malgré une légère fluctuation (détérioration-amélioration) pour les patients (voir figure 4). Pour ce qui est de l'état symptomatique du patient, nous observons une légère diminution. Il faut cependant souligner que, selon la figure 4, la plus grande variation semble provenir de la satisfaction du patient. En effet, elle paraît s'être dégradée à la 3<sup>e</sup> séance, pour ensuite s'améliorer à la 6<sup>e</sup> séance. Pour ce qui est de la satisfaction du thérapeute, elle paraît diminuer, mais moins fortement qu'avec les gens ayant quitté la thérapie (figure 3 et 4).

Figure 3.4

*Courbes de tendances des 15 séances pour les patients les ayant complétées (n = 7)*



Lorsque nous incluons les résultats de la 15<sup>e</sup> séance dans l'observation des tendances afin de mieux illustrer ce qui s'est produit chez les patients ayant complété le processus thérapeutique, nous observons que la satisfaction du patient semble énormément varier d'un temps de mesure à l'autre, alors que celle du thérapeute semble plus stable et s'améliore en fin de suivi. Nous soulignons aussi qu'à partir de la 3<sup>e</sup> séance, l'alliance thérapeutique du patient et du thérapeute semble toujours se consolider, bien que les patients paraissent constamment l'évaluer plus favorablement que les thérapeutes. Le graphique suggère également que les patients auraient connu le plus d'amélioration au niveau de leurs symptômes entre la 6<sup>e</sup> et la 15<sup>e</sup> séance, bien que leur satisfaction ait légèrement diminué dans cette période. Finalement, en observant ces graphiques, aucune relation n'est apparente entre l'écart de satisfaction entre le patient et le thérapeute, l'alliance thérapeutique, et les résultats.

## CHAPITRE IV

### DISCUSSION

#### 4.1 Résumé

Dans ce projet pilote, nous avons mis en relation l'alliance thérapeutique, la satisfaction du thérapeute, la satisfaction du patient d'organisation limite, et l'intensité symptomatique du patient pour observer de quelle façon ces variables peuvent s'inter-influencer au cours du processus thérapeutique. Comme nous l'avons souligné dans la méthodologie, l'échantillon nous a permis d'effectuer des analyses visuelles des tendances observées sur ces variables en cours de thérapie.

D'abord, lorsque nous considérons l'alliance thérapeutique, nous observons que les patients semblent systématiquement l'évaluer plus favorablement que les thérapeutes. Il serait possible d'expliquer ce phénomène par la difficulté de ces patients à mentaliser les situations relationnelles (Fonagy et Bateman, 2007). Plus spécifiquement, il leur serait difficile de percevoir, d'interpréter et de contextualiser de façon adéquate leur vécu et celui d'autrui lorsqu'ils sont en relation alors que le contact avec la réalité est généralement bien maintenu. Cette carence les amènerait à se sentir facilement menacés narcissiquement dès qu'une intensité affective se présente dans le lien avec autrui. Il leur serait difficile de contextualiser les affects et les intentions d'autrui dans ce genre de situation, ces derniers étant alors interprétés comme étant dus à une faille narcissique chez eux (Bateman et Fonagy, 2010). Cette fragilité narcissique serait un des éléments expliquant la faible tolérance à la frustration de ces patients (Kernberg, 1989 ; Bergeret, 1996). Pour se protéger de ces atteintes narcissiques, des mécanismes de clivage ainsi que d'idéalisation de soi et de l'autre peuvent souvent se manifester (Bergeret et coll., 2004 ; Kernberg, 1989). Plus

spécifiquement, peu importe la personne réelle ou le lien réel, les patients auront souvent tendance à sélectionner les éléments confirmant l'image positive qu'ils se font de l'autre. De cette façon, ils se confortent dans une image positive et peu nuancée d'eux-mêmes, la logique étant qu'ils se sentent bon dans le regard d'un autre idéalisé (Roussillon et coll., 2007). Le contraire peut aussi être vrai, c'est-à-dire que lorsque l'autre sera perçu comme défaillant, une réaction impulsive de rage surviendra pour dissiper l'atteinte narcissique vécue (Kohut, 1978). Cette blessure narcissique serait alors plus ou moins consciemment interprétée dans l'immédiat par le patient comme la répétition d'un traumatisme, ce qui l'amène à nier toute aide que le processus thérapeutique a pu lui apporter par le passé (Kernberg, 2008). Ce déni participe ainsi au maintien de la souffrance, empêche la mise en place d'expériences réparatrices pendant la thérapie, et amène un désinvestissement de la part du patient vis-à-vis du processus thérapeutique (Kernberg, 2008). Toutefois, ces moments de défaillance de l'objet et les sentiments de rage sont inévitables en psychothérapie. Selon certains auteurs, ils sont même nécessaires à la construction identitaire du sujet puisqu'ils participent à l'élaboration d'enjeux développementaux non résolus par le passé (Winnicott, 1945, 1947 ; Kohut, 1978 ; Roussillon et coll., 2007 ; Mellier, 2013). Nous pouvons donc croire que de façon générale, les patients d'organisation limite peuvent avoir davantage tendance à évaluer de façon biaisée l'alliance thérapeutique puisqu'il s'agit d'un enjeu relationnel qu'il leur est difficile de mentaliser. Dans le cas présent, les patients auraient manifestement idéalisé le lien thérapeutique. Une pierre angulaire du travail psychothérapeutique serait de composer avec les mouvements d'idéalisation et de dévalorisation en aidant le patient à mentaliser les affects survenant en relation (ex. : rage) pour arriver à une représentation plus nuancée de la relation réelle (Bateman et Fonagy, 2010). En effet, la capacité des patients à tolérer et à affirmer leurs insatisfactions et leur frustration à leur thérapeute serait corrélée à la résolution des ruptures empathiques (Rhodes, Hill, Thompson, et Elliott, 1994), qui est à son tour liée à la satisfaction des partenaires (Sandell, et coll., 1992 ; Safran et coll., 2011). C'est ici que la notion de satisfaction

s'avère importante puisqu'elle permet de documenter l'expérience subjective de chaque partenaire en relation tout en apportant un éclairage complémentaire aux mouvements de l'alliance thérapeutique

Il devient alors intéressant de comparer les patients ayant quitté la thérapie et ceux ayant complété le processus pour documenter le rôle de la satisfaction en psychothérapie. Des variations intéressantes apparaissent à ce moment. En effet, nous observons que la satisfaction du patient paraît diminuer de façon plus importante et de façon plus constante dans les cas d'attrition que chez ceux étant restés en thérapie. Bien que nous savons que la satisfaction du patient est liée à l'attrition (Al-Darmaki et Kivlighan, 1993 ; Hersoug et coll., 2010), cette recherche semble mettre en lumière que la personne du thérapeute y participe tout aussi activement, puisque son degré de satisfaction semble lié au choix du patient de poursuivre ou non la psychothérapie. En effet, dans les cas d'attrition, nous observons que la satisfaction du thérapeute baisse de façon plus importante que dans les cas où le patient reste en thérapie. La satisfaction du thérapeute semble donc également être un indice important du risque d'abandon thérapeutique, tout comme celle du patient. Toutefois, nous supposons que l'état des patients joue un rôle médiateur entre la satisfaction du thérapeute et l'abandon thérapeutique. En effet, la satisfaction du thérapeute est en baisse lorsque les patients se détériorent (attrition), alors nous voyons que la satisfaction du thérapeute augmente lorsque l'état des patients s'améliore (thérapie complétée). Nous croyons qu'il serait possible de faire un parallèle entre ces résultats par rapport à la satisfaction du thérapeute et les travaux Friedlander et Thibodeau (1985), Sandell, Ronnas, et Schubert (1992), et Orlinsky et Ronnestad (2005) qui mentionnent que le sentiment de compétence du thérapeute est essentiel pour que ce dernier vive de la satisfaction. Nous croyons que les thérapeutes se sont sentis plus compétents lorsque l'état de leurs patients s'améliorait, ce qui leur aurait procuré plus de satisfaction. En contrepartie, nous nous questionnons sur un possible désinvestissement du processus thérapeutique de la part du thérapeute lorsqu'il n'y a pas d'amélioration dans l'état

des patients, ce dernier ne semblant que vivre une insatisfaction croissante. Comme le sentiment de compétence du thérapeute (Sandell, Ronnas, & Schubert, 1992), et sa capacité à repérer, gérer, et utiliser de façon clinique les affects difficiles et les enjeux importants (Delisle, 1998 ; 1998 ; Sandell, Ronnas, et Schubert, 1992) sont essentiels pour que le thérapeute retire de la satisfaction d'un processus thérapeutique, nous supposons que, dans les cas d'attrition, les psychothérapeutes se soient sentis atteints dans leur sentiment de compétence, ce qui aurait contribué à leur insatisfaction (Friedlander et Thibodeau, 1985 ; Orlinsky et Ronnestad, 2005).

D'un autre côté, lorsque nous considérons l'ensemble des 15 séances pour les patients ayant complété le processus, nous observons que la satisfaction du patient varie énormément d'un moment à l'autre, alors que celle du thérapeute reste plus stable. Pour expliquer ces résultats, nous croyons que la fonction régulatrice du thérapeute et l'ambiance de la thérapie ont joué un rôle. Premièrement, en nous basant sur les travaux de Schore (2011), nous pouvons supposer que le thérapeute ait agi comme un régulateur des états mentaux et affectifs du patient. Comme nous savons que les états mentaux des patients influencent les représentations qu'ils se font de l'autre et d'eux-mêmes (Kernberg, 1989 ; Roussillon et coll. 2007), et que ces dernières influencent à leur tour l'alliance thérapeutique (Beretta et coll., 2005 ; Bachelor et coll., 2010 ; Diener et Monroe, 2011), la satisfaction des patients et leur décision de mettre un terme ou non à la thérapie (Rüsch, et coll., 2008), nous posons l'hypothèse que la fluctuation des états mentaux des patients ait un impact indirect sur la satisfaction qu'ils ressentent par rapport à la thérapie. C'est pourquoi nous croyons qu'en étant plus modulé, un thérapeute pourrait participer à réguler les variations d'humeur pouvant survenir chez les patients, ce qui participera à moduler leurs mouvements d'idéalisation et de dévalorisation, les amener à évoluer positivement, à vivre plus de satisfaction au long court, et à demeurer en thérapie. Deuxièmement, nous savons que les patients sont plus satisfaits des séances quand elles se passent en douceur sans trop de confrontation et quand ils vivent un changement. Comme les

patients d'organisation limite présentent une pathologie égocentrique qu'il faut rendre dystone au moi par le biais de confrontation (Kernberg, 1989), il est possible de croire que des interventions plus confrontantes aient été faites dans les séances où la satisfaction des patients était basse, et que la satisfaction des patients était plus haute lors de séances plus douces. Cet équilibre entre la confrontation et la douceur semble avoir porté ses fruits, puisque l'état des patients s'améliore graduellement de la 1<sup>ère</sup> à la 6<sup>e</sup> séance, puis de façon plus prononcée entre la 6<sup>e</sup> et la 15<sup>e</sup> séance.

En ce qui a trait aux liens pouvant exister entre la satisfaction et l'alliance thérapeutique, les cas d'attritions nous posent question. En effet, nous observons une baisse de satisfaction des deux partenaires alors que l'alliance thérapeutique demeure relativement stable, ce qui semble contre-intuitif. D'abord, pour expliquer ce phénomène, nous savons qu'il est difficile pour les thérapeutes de bâtir et maintenir une alliance avec des patients lorsque ces derniers ont une impression négative du processus thérapeutique dès le début (Spinhoven, et coll., 2007), ou présentent une plus grande difficulté à vivre de l'intimité (Beretta, de Roten, Stigler, et coll., 2005 ; Bachelor, Meunier, Laverdière et Gamache, 2010 ; Diener et Monroe, 2011). En considérant la dynamique de patients d'organisation limite, nous supposons qu'il ait été plus particulièrement difficile de créer et de maintenir une alliance en thérapie avec ces derniers puisque la nature de leurs enjeux (relationnels) les amènerait à être plus réticents que la moyenne à créer un lien affectif avec le thérapeute et occasionnerait plus de difficultés à s'entendre sur les tâches à accomplir et les objectifs à atteindre (Beretta, de Roten, Stigler, Drapeau, Fischer, et Despland, 2005; Diener, et Monroe, 2011). C'est pourquoi nous supposons qu'une rupture d'alliance de retrait (Safran et Muran, 1996) est survenue chez ces patients sans qu'elle soit élaborée. Comme nous savons qu'un manque d'ajustement du thérapeute amène un vécu de rage chez les patients d'organisation limite (Winnicott, 1945, 1947 ; Kohut, 1978 ; Roussillon et coll., 2007 ; Mellier, 2013) et que la capacité des patients à

affirmer leurs insatisfactions et leur frustration au thérapeute est corrélée à la résolution des ruptures empathiques (Rhodes, Hill, Thompson, et Elliott, 1994), nous pouvons supposer que l'apparente stabilité de l'alliance thérapeutique avant l'interruption prématurée de la thérapie puisse être due à une idéalisation du lien thérapeutique d'une part (Bergeret et coll, 2004 ; Kernberg, 1989), et à une difficulté du patient à nommer ses insatisfactions. En schématisant, si les patients se sont retirés progressivement du processus thérapeutique sans nommer leur insatisfaction et sans arriver à élaborer la rage qu'ils vivent, nous serions devant une rupture de retrait (Safran et Muran, 1996). Cependant, si une rupture de confrontation est survenue (Safran et Muran, 1996), l'expression de l'insatisfaction et de la rage par le biais d'explosions de colère ou d'attaques verbales aurait pu amener le thérapeute à vivre de l'anxiété et à émettre des réponses défensives, et être moins satisfait de la thérapie (Sandell, Ronnas, & Schubert, 1992 ; Friedlander et Thibodeau, 1985 ; Rüscher et coll., 2008). Ces éléments peuvent alors conduire à une altération de l'alliance et éventuellement à un abandon thérapeutique (Rüscher et coll., 2008 ; Hill, 2010).

Finalement, nous avons remarqué dans les cas d'attrition une légère détérioration de l'état symptomatique du patient accompagnée d'une insatisfaction grandissante. Ces résultats sont cohérents avec les travaux antérieurs qui stipulent qu'un client ayant vécu un changement thérapeutique significatif est davantage satisfait qu'un autre qui a changé modérément ou pas du tout (Ankuta et Abeles, 1993), et que des résultats doivent être obtenus à un certain moment du processus pour que l'alliance se maintienne et que les patients soient satisfaits et poursuivent la thérapie (Barber, Khalsa, et Sharpless, 2010 ; Barber et coll., 2000). De leur côté, les patients étant restés en thérapie semblent avoir connu une amélioration de leur état et paraissent vivre une variation au niveau de la satisfaction d'un temps de mesure à l'autre. Nous pouvons supposer que la satisfaction, tout comme l'alliance thérapeutique, n'est pas un construit statique, mais bien un processus dynamique qui évolue en cours de suivi. Dans ce sens, nous posons l'hypothèse qu'un niveau de satisfaction du patient allant

constamment à la baisse constitue un facteur de risque d'attrition thérapeutique, alors qu'une variation de la satisfaction pourrait être le signe que le processus thérapeutique se déploie avec ses bons moments et ses écueils, et qu'il s'agit d'arriver à travailler avec ceux-ci.

#### 4.2 Critiques

Il y a quelques limites inhérentes à ce projet pilote. D'abord, la petite taille de l'échantillon ( $n = 11$ ) nous a limités à faire des analyses visuelles puisqu'aucun test statistique ne serait valide. En effet, la puissance statistique n'était pas assez élevée pour que les analyses de régression et le test-t soient significatifs. Nous ne pouvons donc pas nous prononcer sur la présence effective de corrélations entre les variables ou sur la proportion de variance expliquée par l'alliance thérapeutique ou la satisfaction par rapport aux résultats thérapeutiques puisqu'il ne s'agit pas de relations statistiquement significatives. Par la suite, la méthode d'échantillonnage ne nous a pas permis d'effectuer des recherches  $N = 1$  qui sont grandement recommandées dans les recherches cliniques en psychologie (Gottman, 1973 ; Streiner, 1998 ; Kazdin, 2003). Nous avons donc dû nous baser sur les méthodes d'analyses visuelles pouvant être utilisées dans ces devis à un sujet pour interpréter nos résultats et soulever certaines tendances dans l'évolution du suivi. Cela limite les interprétations et les conclusions que nous pouvons en tirer puisque nous ne pouvons conclure statistiquement à des différences ou des relations, et ne pouvons affirmer de liens causaux entre les variables. Cela fait en sorte que nous n'avons répondu que partiellement aux questions de recherche.

Ensuite, il est impossible de généraliser les résultats obtenus à toutes les approches thérapeutiques et à la population étudiée. En effet, les deux psychologues ayant

participé au projet étaient d'approche PGRO. Comme le mentionnent certains auteurs (Bordin, 1979 ; Hersoug et coll., 2010 ; Horvath et coll., 2011), le type de thérapie amènera une variation au niveau des buts et des tâches proposés dans la constitution de l'alliance thérapeutique. Cette variation au niveau de la nature de l'alliance thérapeutique pourrait venir changer la relation qui existe entre les variables étudiées ici. De plus, comme il s'agit de tendance, et non de relation statistiquement significative, nous ne pouvons conclure que les mêmes tendances sont remarquées dans tous les processus thérapeutiques.

Sur un autre plan, nous devons souligner qu'aucune mesure n'a été recueillie au sein des thérapies de groupe alors que les patients suivaient un processus thérapeutique multimodal. Advenant le cas où les thérapies individuelles et de groupes aient été menées par le même thérapeute, nous pouvons intuitivement croire que des éléments de la thérapie de groupe aient pu avoir une incidence sur les données recueillies lors de la thérapie individuelle, les deux processus ne pouvant être perçus comme indépendants l'un de l'autre en particulier si les deux participants (thérapeute et patient) sont les mêmes. Conséquemment, bien qu'aucune recherche adressant spécifiquement cette question n'ait été recensée, il aurait été nécessaire d'aller y prélever des mesures pour éviter de tirer des conclusions erronées. Dans la présente recherche, bien que ce soit des thérapeutes différents qui offrent les différentes modalités thérapeutiques, et que ces dernières se déroulent en parallèle, nous pouvons tout de même nous questionner sur l'effet du groupe sur les processus individuels. Lorsque l'on considère des études comparant l'efficacité des deux types de traitements, nous pouvons supposer une relative indépendance de chaque type de thérapie, ces dernières portant des enjeux différents. En effet, il s'avèrerait que les deux modes thérapeutiques sont aussi efficaces, mais que les mécanismes par lesquels le changement se produit diffèrent d'une modalité d'intervention à l'autre (Holmes et Kivlighan, 2000 ; Burlingame et coll., 2013). Toutefois, en tenant compte des recherches s'intéressant à l'alliance thérapeutique et à la cohésion dans un contexte

de thérapie de groupe, nous pouvons croire que l'évolution d'un patient suivant un processus thérapeutique multimodal puisse être influencée par la qualité de la cohésion présente en thérapie de groupe, et par la qualité de l'alliance avec le thérapeute, ces deux éléments étant important en groupe. En effet, certains auteurs avancent que la perception du participant en regard de la cohésion du groupe de thérapie explique davantage les résultats que l'alliance thérapeute-patient (Crowe et Grenyer, 2008), alors que d'autre mentionnent que le lien entre le thérapeute et les participants dans une thérapie de groupe a plus d'impact sur les résultats que la cohésion (Marziali et coll., 1997 ; Smith et coll., 2005). À la lumière de ceci, nous ne pouvons pas confirmer avec certitude comment, d'une part, la thérapie de groupe influence le processus thérapeutique individuel, et comment, d'autre part, le fait d'avoir un thérapeute différent ou non pour chaque modalité de traitement a une influence sur l'un et l'autre des processus thérapeutiques. Notamment, comment, dans ces différents contextes thérapeutiques, l'alliance thérapeutique en thérapie individuelle réagira-t-elle à des mouvements de groupe déstabilisant le patient, et comment le processus de groupe sera-t-il influencé par certaines difficultés en thérapie individuelle? Un questionnement par rapport à ces éléments relationnels semble d'autant plus à propos considérant que les patients d'organisation limite sont particulièrement fragiles aux enjeux interpersonnels, ce à quoi ils sont particulièrement confrontés en groupe (Holmes et Kivlighan, 2000). Considérant ces lacunes, nous croyons qu'une prochaine étude pourrait aller mieux cibler ces questionnements. D'ici là, nous croyons qu'il serait préférable pour une recherche future appliquant la méthodologie de ce projet pilote de considérer la mesure de l'alliance thérapeutique situation de groupe (ex : Group Working Alliance Inventory, Johnson et coll., 2008) et de la cohésion (ex : sous-échelle cohésion du Therapeutic factor inventory, Johnson et coll. 2005) afin de mieux documenter comment ces deux processus parallèles s'arriment et s'interinfluencent.

Finalement, nous pouvons souligner la valeur écologique du projet puisqu'il a étudié un processus thérapeutique réel avec une clientèle présentant une grande complexité symptomatique. Les écueils rencontrés par l'équipe soignante se sont répercutés sur le projet de recherche, puisque les absences des patients et l'attrition thérapeutique ont considérablement ralenti et compliqué la cueillette de données qui s'est échelonnée sur environ 13 mois.

#### 4.3 Recommandations

Comme plusieurs phénomènes observés dans cette recherche concordent avec la littérature, nous croyons que les résultats présentés constituent un point de départ fiable pour de futurs projets de recherche clinique. Pour ce faire, nous émettons quelques recommandations. À la lumière de ce qui a été mentionné précédemment, nous croyons d'abord que la prise de mesures processuelles de type à mesures répétées (ex : alliance, cohésion, satisfaction) en thérapie de groupe ajouterait une plus-value à la recherche, ces mesures permettant de préciser comment la dynamique de la thérapie de groupe influence la dynamique du processus individuel. Ensuite, un plus grand échantillonnage permettrait à une recherche future de mieux caractériser les relations qui unissent l'alliance thérapeutique, la satisfaction du patient, la satisfaction du thérapeute et les résultats thérapeutiques. Pour ce faire, nous croyons que la cueillette de données devra s'échelonner sur une plus longue période afin d'avoir un échantillon significatif, vu la difficulté que pose cette population dans le recrutement. Des analyses de régression pourraient être faites pour vérifier dans quelle mesure la satisfaction peut expliquer la variation de l'alliance thérapeutique et des résultats thérapeutiques. De plus, nous proposons d'effectuer des tests statistiques pouvant servir à suivre plus finement l'évolution des variables d'une séance à l'autre (ex. : ANOVA à mesures répétées). De cette façon, il sera possible d'affirmer,

d'infirmier ou de nuancer les tendances observées dans le déroulement d'un processus thérapeutique, autant chez les patients complétant la thérapie que dans les cas d'attrition. De plus, Strauss et coll. (2006) avancent qu'une relation quadratique unit l'alliance thérapeutique et les résultats thérapeutiques. Nous croyons qu'il serait important de vérifier s'il existe ce genre de relation entre la satisfaction et les autres variables à l'étude, afin de mieux comprendre comment cette dernière influence le déroulement d'un processus thérapeutique, que ce soit par le biais de sa relation avec l'alliance thérapeutique ou les résultats thérapeutiques.

## CONCLUSION

Des recherches se sont intéressées à la satisfaction du patient en lien avec d'autres éléments du processus thérapeutique, que ce soit l'alliance thérapeutique (Al-Darmaki et Kivlighan, 1993 ; Hersoug et coll., 2010), les résultats thérapeutiques (Ogrodniczuk, Joyce, et Piper, 2007), ou l'attrition (Tryon, 1990 ; Hersoug et coll., 2010). Toutefois, il semblerait que les liens unissant ces concepts auraient avantage à être clarifiés (Beretta et coll., 2005 ; Barber et coll., 2009). Par exemple, bien qu'il soit reconnu que les caractéristiques de la personne du thérapeute influencent grandement le déroulement d'un processus thérapeutique et son dénouement (Lecomte et coll., 2004), nous avons remarqué que peu de recherches semblent s'être penchées sur la satisfaction du thérapeute en la mettant en lien avec la satisfaction du patient, les résultats de la thérapie, ou l'alliance. Les résultats de la présente étude ouvrent des perspectives intéressantes à ce sujet en considérant la satisfaction dans un processus intersubjectif au sein duquel le thérapeute et le patient participent activement à sa co-construction.

En effet, l'analyse visuelle des courbes de tendances a permis d'observer d'une part qu'un lien paraît exister entre la satisfaction du thérapeute, l'attrition, et les résultats, et d'autre part qu'une différence par rapport aux variables à l'étude (satisfaction du thérapeute et du patient, alliance thérapeutique, résultats) semble exister entre les cas d'attrition et ceux qui poursuivent la thérapie.

Nous croyons donc que des recherches futures comptant un plus grand nombre de participants pourraient venir compléter la présente recherche afin d'aller confirmer, infirmer ou nuancer les relations observées dans la présente recherche et pour qualifier l'impact du groupe sur le processus individuel. Ainsi, nous pourrions avoir une meilleure compréhension des éléments participant au succès ou à l'échec d'une thérapie multimodale. Cela nous permettrait ainsi d'offrir des soins mieux adaptés à ces patients qui ont d'ailleurs tendance à abandonner la thérapie avant son terme.

**ANNEXE A**  
**Le Session Evaluation Questionnaire (W.Stiles)**

Questionnaire d'évaluation d'entrevue <sup>1</sup>.

Identification # :

Date :

*Veillez encercler le chiffre approprié qui indique comment vous évaluez cette entrevue.*Cette entrevue fut :

|               |   |   |   |   |   |   |   |             |
|---------------|---|---|---|---|---|---|---|-------------|
| Mauvaise      | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | Bonne       |
| Sans danger   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | Risquée     |
| Difficile     | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | Facile      |
| Grande valeur | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | Sans valeur |
| Superficielle | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | Profonde    |
| Relaxée       | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | Tendue      |
| Remplie       | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | Vide        |
| Faible        | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | Puissante   |
| Spéciale      | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | Ordinaire   |
| Dure          | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | Douce       |
| Agréable      | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | Désagréable |

Présentement, je me sens :

|              |   |   |   |   |   |   |   |               |
|--------------|---|---|---|---|---|---|---|---------------|
| Heureux (se) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | Triste        |
| Fâché(e)     | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | Content(e)    |
| Actif (ve)   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | Immobilisé(e) |
| Incertain    | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | Déterminé(e)  |
| Impliqué     | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | Détaché(e)    |
| Calme        | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | Excité(e)     |
| Confiant     | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | Effrayé(e)    |
| Alerte       | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | Endormi(e)    |
| Amical(e)    | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | Froid(e)      |
| Lent(e)      | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | Vite          |
| Joyeux(se)   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | Sans joie     |
| Tranquille   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | Stimulé(e)    |

<sup>1</sup> Questionnaire de W. Stiles traduit et adapté par Conrad Lecomte et Louise Tremblay avec la permission de l'auteur.

**ANNEXE B**  
**Le Working Alliance Inventory (Horvath et Greenberg)**

## Inventaire d'Alliance de Travail - Client

Vous trouverez ci-dessous des énoncés décrivant divers sentiments ou pensées qu'une personne peut avoir à l'égard du(de la) thérapeute. Veuillez indiquer jusqu'à quel point chaque énoncé décrit la façon dont vous vous sentez ou ce que vous pensez.

| Jamais   | Rarement | De temps à<br>autre | Quelques<br>fois | Souvent | Très<br>souvent | Toujours |
|--|----------|---------------------|------------------|---------|-----------------|----------|
| 1  | 2        | 3                   | 4                | 5       | 6               | 7        |
| 1- Mon(ma) thérapeute et moi, nous nous entendons sur ce que j'aurai à faire en thérapie en vue de m'aider à améliorer ma situation. | 1        | 2                   | 3                | 4       | 5               | 6 7      |
| 2- Ce que je fais en thérapie me donne de nouvelles façons de voir mon problème.   | 1        | 2                   | 3                | 4       | 5               | 6 7      |
| 3- Je crois que mon(ma) thérapeute m'aime bien.  | 1        | 2                   | 3                | 4       | 5               | 6 7      |
| 4- Mon(ma) thérapeute ne comprend pas ce que j'essaie de réaliser en thérapie.   | 1        | 2                   | 3                | 4       | 5               | 6 7      |
| 5- J'ai confiance que mon(ma) thérapeute est capable de m'aider.   | 1        | 2                   | 3                | 4       | 5               | 6 7      |
| 6- Mon(ma) thérapeute et moi travaillons en vue d'atteindre des objectifs sur lesquels nous nous sommes entendu(e)s.                 | 1        | 2                   | 3                | 4       | 5               | 6 7      |
| 7- Je sens que mon(ma)thérapeute m'apprécie.   | 1        | 2                   | 3                | 4       | 5               | 6 7      |
| 8- Nous nous entendons sur ce qui est important pour moi de travailler en thérapie.  | 1        | 2                   | 3                | 4       | 5               | 6 7      |
| 9- Mon(ma) thérapeute et moi avons confiance l'un dans l'autre.  | 1        | 2                   | 3                | 4       | 5               | 6 7      |
| 10- Mon(ma) thérapeute et moi avons des opinions différentes quant à la nature réelle de mes problèmes.                              | 1        | 2                   | 3                | 4       | 5               | 6 7      |
| 11- Nous avons établi entre nous une bonne compréhension des changements qui seraient bons pour moi.                                 | 1        | 2                   | 3                | 4       | 5               | 6 7      |
| 12- Je crois que la façon dont nous travaillons sur mon problème est correcte.   | 1        | 2                   | 3                | 4       | 5               | 6 7      |

## Inventaire d'Alliance de Travail - thérapeute

Vous trouverez ci-dessous des énoncés décrivant divers sentiments ou pensées qu'un(e) thérapeute peut avoir à l'égard du(de la) client(e). Veuillez indiquer jusqu'à quel point chaque énoncé décrit la façon dont vous vous sentez ou ce que vous pensez.

| Jamais  | Rarement | De temps à<br>autre | Quelques<br>fois | Souvent | Très<br>souvent | Toujours |   |
|---|----------|---------------------|------------------|---------|-----------------|----------|---|
| 1   | 2        | 3                   | 4                | 5       | 6               | 7        |   |
| 1- Ce(cette) client(e) et moi, nous nous entendons sur les pas à entreprendre en vue d'améliorer sa situation.                | 1        | 2                   | 3                | 4       | 5               | 6        | 7 |
| 2- Ce(cette) client(e) et moi avons confiance que notre activité courante en thérapie est utile.                              | 1        | 2                   | 3                | 4       | 5               | 6        | 7 |
| 3- Je crois que ce(cette) client(e) m'aime bien.  | 1        | 2                   | 3                | 4       | 5               | 6        | 7 |
| 4- J'ai des doutes sur ce que nous essayons de réaliser en thérapie.  | 1        | 2                   | 3                | 4       | 5               | 6        | 7 |
| 5- J'ai confiance que je suis capable d'aider ce(cette) client(e).  | 1        | 2                   | 3                | 4       | 5               | 6        | 7 |
| 6- Nous travaillons en vue d'atteindre des objectifs sur lesquels nous nous sommes entendu(e)s.                               | 1        | 2                   | 3                | 4       | 5               | 6        | 7 |
| 7- J'apprécie ce(cette) client(e) en tant que personne.   | 1        | 2                   | 3                | 4       | 5               | 6        | 7 |
| 8- Nous nous entendons sur ce qui est important de travailler en thérapie.  | 1        | 2                   | 3                | 4       | 5               | 6        | 7 |
| 9- Ce(cette) client(e) et moi avons développé une confiance mutuelle.   | 1        | 2                   | 3                | 4       | 5               | 6        | 7 |
| 10- Ce(cette) client(e) et moi avons des opinions différentes quant à la nature réelle de ses problèmes.                      | 1        | 2                   | 3                | 4       | 5               | 6        | 7 |
| 11- Nous avons établi entre nous une bonne compréhension des types de changements qui seraient bons pour ce(cette) client(e). | 1        | 2                   | 3                | 4       | 5               | 6        | 7 |
| 12- Ce(cette) client(e) croit que la façon dont nous travaillons sur son problème est correcte.                               | 1        | 2                   | 3                | 4       | 5               | 6        | 7 |

**ANNEXE C**  
**L'Outcome Questionnaire-45 (OQ-45, Lambert)**

## MESURE D'IMPACT (OQ®-45.2)

**Directives:** Essayez de nous indiquer comment vous vous êtes senti(e) au cours des sept (7) derniers jours, y compris aujourd'hui. Lisez chaque énoncé attentivement et encerclez le numéro qui se situe sous la catégorie qui décrit le mieux votre situation actuelle. Dans ce questionnaire, le travail est défini en tant qu'emploi, études travail ménager, travail bénévole, etc.

Nom: \_\_\_\_\_ Age: \_\_\_\_\_

No. d'identification: \_\_\_\_\_ M  F

| No. de session: | Date: / / | Jamais                     | Rarement                   | Parfois                    | Fréquemment                | Presque toujours           | SD | IR                       | SR |
|-----------------|-----------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----|--------------------------|----|
| 1.              |           | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 0 |    | <input type="checkbox"/> |    |
| 2.              |           | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 |    |                          |    |
| 3.              |           | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 |    |                          |    |
| 4.              |           | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 |    |                          |    |
| 5.              |           | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 |    |                          |    |
| 6.              |           | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 |    |                          |    |
| 7.              |           | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 |    |                          |    |
| 8.              |           | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 |    |                          |    |
| 9.              |           | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 |    |                          |    |
| 10.             |           | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 |    |                          |    |
| 11.             |           | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 |    |                          |    |
| 12.             |           | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 0 |    |                          |    |
| 13.             |           | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 0 |    |                          |    |
| 14.             |           | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 |    |                          |    |
| 15.             |           | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 |    |                          |    |
| 16.             |           | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 |    |                          |    |
| 17.             |           | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 |    |                          |    |
| 18.             |           | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 |    |                          |    |
| 19.             |           | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 |    |                          |    |
| 20.             |           | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 0 |    |                          |    |
| 21.             |           | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 0 |    |                          |    |
| 22.             |           | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 |    |                          |    |
| 23.             |           | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 |    |                          |    |
| 24.             |           | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 0 |    |                          |    |
| 25.             |           | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 |    |                          |    |
| 26.             |           | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 |    |                          |    |
| 27.             |           | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 |    |                          |    |
| 28.             |           | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 |    |                          |    |
| 29.             |           | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 |    |                          |    |
| 30.             |           | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 |    |                          |    |
| 31.             |           | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 0 |    |                          |    |
| 32.             |           | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 |    |                          |    |
| 33.             |           | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 |    |                          |    |
| 34.             |           | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 |    |                          |    |
| 35.             |           | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 |    |                          |    |
| 36.             |           | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 |    |                          |    |
| 37.             |           | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 0 |    |                          |    |
| 38.             |           | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 |    |                          |    |
| 39.             |           | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 |    |                          |    |
| 40.             |           | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 |    |                          |    |
| 41.             |           | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 |    |                          |    |
| 42.             |           | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 |    |                          |    |
| 43.             |           | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 0 |    |                          |    |
| 44.             |           | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 |    |                          |    |
| 45.             |           | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 |    |                          |    |

Developed by Michael J. Lambert, Ph.D. and Gary M. Bushong, Ph.D.  
© Copyright 1998 American Professional Credentialing Services LLC.  
All Rights Reserved. License Required For All Uses.  
Original & Certified Translation ©1999 By Dr. Tim Aubrey, Ecole de psychologie, Université d'Ottawa

For More Information Contact:

AMERICAN PROFESSIONAL CREDENTIALING SERVICES LLC  
WRITEN: POB 568, East Setauket, NY 11733-0568  
E-MAIL: apcs@anghamity.com Web: www.OQFAMILY.COM  
TOLL FREE: 1-888-464-8CORP FAX: 708-211-6809

Total=

**ANNEXE D**  
**Questionnaire sociodémographique, version participant.**

Questionnaire sociodémographique, version du participant.

Identification :

Date :

1- Sexe :

2- Âge :

3- Quelle est votre situation conjugale?

- a. Célibataire
- b. En couple, non marié (e)
- c. Marié (e)
- d. Divorcé (e)

4- De quelle nationalité êtes-vous?

5- Occupez-vous un emploi actuellement?    *Oui*            *Non*

6- Dernier niveau de scolarité complété?

- a) *Secondaire*    b) *Professionnel*    c) *Collégial*    d) *Universitaire*

7- Avez-vous déjà consulté par le passé?    *Oui*            *Non*

Si oui, pendant combien de mois?

8- Avant d'entamer ce suivi, avez-vous fait parti du groupe de préparation?

Si oui, pendant combien de mois?

**ANNEXE E**  
**Questionnaire sociodémographique, version thérapeute**

Questionnaire sociodémographique, version du thérapeute.

Identification :

Date :

- 1- Sexe :
- 2- Âge :
- 3- De quelle nationalité êtes-vous?
- 4- Quelle est votre profession? *Psychologue*                      *Interne en psychologie*
- 5- Depuis combien d'année exercez-vous cette profession? \_\_\_\_\_.
- 6- Quel est votre dernier niveau de scolarité complété?
  - a) Universitaire 1<sup>er</sup> cycle
  - b) Universitaire 2<sup>e</sup> cycle
  - c) Universitaire 3<sup>e</sup> cycle
- 7- Avez-vous suivi une formation complémentaire pour vous spécialiser dans une approche thérapeutique particulière?

Si oui, quelle en a été la durée?

## ANNEXE F

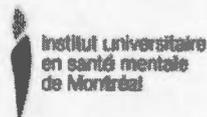
Qualités psychométriques des instruments utilisés par l'équipe soignante lors de  
l'évaluation des patients

Les questionnaires suivants sont utilisés systématiquement par l'équipe soignante dans l'évaluation des patients. Les résultats en découlant ne sont toutefois pas utilisés dans les analyses statistiques de la présente recherche et nous n'aurons pas accès aux résultats de ces derniers. Les qualités psychométriques de ces instruments sont données à titre indicatif afin de rendre compte de la rigueur du diagnostic posée par l'équipe soignante.

- **IASC** : Il s'agit d'un questionnaire auto-rapporté composé de 63 items cotés sur une échelle de type likert en cinq points (où 1 = jamais et 5 = souvent). Il permet d'évaluer la présence de divers symptômes caractéristiques du TPL. Ce test comprend sept échelles: conflits interpersonnels, idéalisation/dévalorisation, anxiété d'abandon, problème d'identité, vulnérabilité à se faire influencer, difficultés de régulation émotionnelle, activités pour réduire la tension (acting-out). Des points de coupure permettent de catégoriser les scores obtenus aux différentes échelles en fonction de la sévérité clinique. Cet instrument possède une bonne consistance interne ( $0,78 < \alpha < 0,93$ ), et ce, peu importe qu'il s'agisse d'une population générale ou cliniques (Briere, 2000; Briere et Runtz, 2002).
- **SIPP-118** : Il s'agit d'un questionnaire auto-rapporté comportant 118 items mettant en lumière les capacités adaptatives du patient à travers la mesure de 16 facettes de la personnalité pouvant être regroupées en 5 facteurs, à savoir : autocontrôle, degré d'intégration de l'identité, capacités relationnelles, adéquation social et responsabilité. Cet instrument présente une bonne consistance interne au niveau des 16 facettes de personnalité ( $0,69 < \alpha < 0,84$ ) qui s'intègrent bien dans les 5 facteurs cliniques proposés (ces 5 facteurs expliquant environ 75% de la variance) (Verheul, et coll., 2008).
- **BDI-II** : Il s'agit d'un instrument auto-rapporté largement utilisé qui comprend 21 questions mesurant la sévérité des symptômes dépressifs chez les adultes en se basant sur les critères du DSM-IV. Le patient doit répondre sur une échelle de type Likert allant de 0 à 3. Des chercheurs ont démontré les excellentes qualités psychométriques de cet instrument, que ce soit au niveau de la cohérence interne ( $\alpha = 0,91$ ), ou de la validité convergente avec d'autres instruments ( $r=0,71$  avec le Hamilton Psychiatric Rating Scale for Depression) (Harris et D'Eon, 2008).

## ANNEXE G

Formulaires de consentement thérapeutes et patients

### FORMULAIRE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT (thérapeute)

« Exploration des relations en la satisfaction, l'alliance thérapeutique, et les résultats dans un processus thérapeutique multimodal avec des patients présentant une organisation limite de la personnalité. »

#### CHERCHEURS PRINCIPAUX

David Lessard, étudiant au doctorat en psychologie, Université du Québec à Montréal  
 Marc-Simon Drouin Ph.D., Université du Québec à Montréal  
 Joanne Cyr, m.d., Institut universitaire en santé mentale de Montréal

#### BUT GÉNÉRAL DU PROJET

Vous êtes invité à participer à un projet de recherche explorant les liens entre la satisfaction, l'alliance thérapeutique et les résultats dans un processus thérapeutique avec des patients souffrant de troubles de la personnalité caractérisés par une dynamique relationnelle fluctuante marquée de phases d'hostilité et d'une faible tolérance à l'insatisfaction. L'objectif principal de cette étude vise à observer la place qu'occupe la satisfaction du thérapeute et du patient dans un processus thérapeutique qui se veut efficace.

#### PROCÉDURE

Votre collaboration consistera essentiellement à donner votre accord afin que nous utilisions 3 questionnaires que vous avez déjà complétés à différents moments de votre suivi et qui mesurent 1) l'évolution de la qualité de l'alliance, 2) de la satisfaction et 3) des résultats thérapeutiques. Vous serez aussi appelé à remplir un court questionnaire sociodémographique dont le temps de passation est d'environ 3 minutes si vous acceptez de participer à cette recherche.

#### AVANTAGES ET RISQUES

Votre participation contribuera à l'avancement des connaissances par une meilleure compréhension de la place qu'occupe la satisfaction pour le patient et le thérapeute, ainsi que son impact sur l'alliance thérapeutique. Les bénéfices personnels directs sont limités, si ce n'est que cette recherche pourra éventuellement aider les thérapeutes à améliorer la qualité des soins offerts. Aucune observation directe ou donnée anecdotique n'est recueillie.

#### CONFIDENTIALITÉ

Il est entendu que les renseignements utilisés dans le cadre de cette recherche sont confidentiels et anonymes. En aucun cas il sera possible de retracer vos réponses puisque les données seront regroupées pour l'analyse ; la recherche s'intéresse aux résultats généraux et non pas aux

données individuelles. De plus, il sera impossible à chacun des participants (thérapeutes et patients) de savoir qui a accepté ou refusé de participer à la recherche. Votre formulaire de consentement sera conservé sous clé dans le local de recherche du chercheur à l'UQAM. Les questionnaires seront quant à eux conservés séparément dans les bureaux du PTAH-TP.

#### **PARTICIPATION VOLONTAIRE**

Votre participation à ce projet est volontaire. Cela signifie que vous acceptez de participer au projet sans aucune contrainte ou pression extérieure, et que par ailleurs vous êtes libre de mettre fin à votre participation en tout temps au cours de cette recherche. Dans ce cas les renseignements vous concernant seront retirés de l'analyse des données. Votre accord à participer implique également que vous acceptez que l'équipe de recherche puisse utiliser aux fins de la présente recherche (articles, conférences et communications scientifiques) les renseignements recueillis à la condition qu'aucune information permettant de vous identifier ne soit divulguée publiquement. Les questionnaires sont conservés par l'équipe soignante à des fins d'évaluation de leur pratique, ils ne pourront pas être utilisés pour d'autres recherches que celle-ci.

#### **PERSONNES À CONTACTER**

Si vous avez des questions à poser au sujet de cette étude ou s'il survient un incident quelconque ou si vous désirez vous retirer de l'étude, vous pouvez contacter Marc-Simon Drouin Ph.D au numéro (514) 987-3000 # 7006 pour des questions additionnelles sur le projet ou sur vos droits en tant que participant de recherche. Le projet auquel vous allez participer a été approuvé au plan de l'éthique de la recherche avec des êtres humains par le Comité d'éthique de la recherche pour les projets étudiants (CERPE) de la Faculté des sciences humaines de l'UQAM.

Pour toute question sur vos droits à titre de sujet de recherche ou pour tout problème éthique concernant les conditions dans lesquelles se déroule votre participation à ce projet, vous pouvez contacter la présidente du comité par l'intermédiaire de la coordonnatrice du CERPE, Anick Bergeron, au 514 987-3000, poste 3642, ou par courriel à l'adresse suivante : [bergeron.anick@uqam.ca](mailto:bergeron.anick@uqam.ca) ;

Ou contacter le Commissaire local aux plaintes et à la qualité des services de l'USMM.

#### **COORDONNÉES DU COMMISSAIRE LOCAL AUX PLAINTES ET À LA QUALITÉ DES SERVICES :**

Commissaire local aux plaintes et à la qualité des services

Institut universitaire en santé mentale de Montréal

7401 rue Hochelaga

Montréal (Québec) H1N 3M5

Téléphone : 514-251-4000, poste 2920

Le Comité d'éthique de la recherche du Centre de recherche de l'Institut universitaire en santé mentale de Montréal a approuvé ce projet de recherche et en assure le suivi. De plus, il approuvera au préalable toute révision et toute modification apportée au formulaire d'information et de consentement et au protocole de recherche.

#### **COORDONNÉES DU COMITÉ D'ÉTHIQUE DE LA RECHERCHE :**

Secrétariat du Comité d'éthique de la recherche

Institut universitaire en santé mentale de Montréal

7401, rue Hochelaga

Unité 228 - 2e Riel - Bureau RI-228-93

Montréal (Québec) H1N 3M5

Téléphone : 514-251-4015, poste 2442

#### **REMERCIEMENTS**

Votre collaboration est essentielle à la réalisation de notre projet et l'équipe de recherche tient à vous en remercier. Si vous souhaitez obtenir un résumé écrit des principaux résultats de cette recherche, veuillez ajouter vos coordonnées ci-dessous.

**SIGNATURES :**

Je, \_\_\_\_\_ reconnais avoir lu le présent formulaire de consentement et consens volontairement à participer à ce projet de recherche. Je reconnais aussi que l'interviewer a répondu à mes questions de manière satisfaisante et que j'ai disposé suffisamment de temps pour réfléchir à ma décision de participer (5 jours). Je comprends que ma participation à cette recherche est totalement volontaire et que je peux y mettre fin en tout temps, sans pénalité d'aucune forme, ni justification à donner. Il me suffit d'en informer la responsable du projet.

Signature du participant : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

Nom (lettres moulées) : \_\_\_\_\_

Adresse courriel : \_\_\_\_\_

Signature du responsable du projet ou de son, sa délégué(e) : \_\_\_\_\_

*Veuillez conserver le premier exemplaire de ce formulaire de consentement pour communication éventuelle avec l'équipe de recherche et remettre le second à l'interviewer.*



### FORMULAIRE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT (patient)

« Exploration des relations en la satisfaction, l'alliance thérapeutique, et les résultats dans un processus thérapeutique multimodal avec des patients présentant une organisation limite de la personnalité. »

#### CHERCHEURS PRINCIPAUX

David Lessard, étudiant au doctorat en psychologie, Université du Québec à Montréal  
 Marc-Simon Drouin Ph.D., Université du Québec à Montréal  
 Joanne Cyr, m.d., Institut universitaire en santé mentale de Montréal

#### BUT GÉNÉRAL DU PROJET

Vous êtes invité à participer à un projet de recherche explorant les liens entre la satisfaction, l'alliance thérapeutique et les résultats dans un processus thérapeutique comprenant des thérapies individuelles et de groupe. L'objectif principal de cette étude vise à observer la place qu'occupe la satisfaction du thérapeute et du patient dans un processus thérapeutique qui se veut efficace.

#### PROCÉDURE

Votre collaboration consistera essentiellement à donner votre accord afin que nous utilisions 3 questionnaires que vous avez déjà complétés à différents moments de votre suivi et qui mesurent 1) l'évolution de la qualité de l'alliance, 2) de la satisfaction et 3) des résultats thérapeutiques. Vous serez aussi appelé à remplir un court questionnaire sociodémographique dont le temps de passation est d'environ 3 minutes si vous acceptez de participer à cette recherche.

#### AVANTAGES ET RISQUES

Votre participation contribuera à l'avancement des connaissances par une meilleure compréhension de la place qu'occupe la satisfaction pour le patient et le thérapeute, ainsi que son impact sur l'alliance thérapeutique. Les bénéfices personnels directs sont limités, si ce n'est que cette recherche pourra éventuellement aider les thérapeutes à améliorer la qualité des soins offerts. Aucune observation directe ou donnée anecdotique n'est recueillie.

#### CONFIDENTIALITÉ

Il est entendu que les renseignements utilisés dans le cadre de cette recherche sont confidentiels et anonymes. En aucun cas il sera possible de retracer vos réponses puisque les données seront regroupées pour l'analyse ; la recherche s'intéresse aux résultats généraux et non pas aux données individuelles. De plus, il sera impossible à chacun des participants (thérapeutes et patients) de savoir qui a accepté ou refusé de participer à la recherche. Votre formulaire de

consentement sera conservé sous clé dans le local de recherche du chercheur à l'UQAM. Les questionnaires seront quant à eux conservés séparément dans les bureaux du PTAH-TP.

#### **PARTICIPATION VOLONTAIRE**

Votre participation à ce projet est volontaire. Cela signifie que vous acceptez de participer au projet sans aucune contrainte ou pression extérieure, et que par ailleurs vous êtes libre de mettre fin à votre participation en tout temps au cours de cette recherche. Dans ce cas les renseignements vous concernant seront retirés de l'analyse des données. Votre accord à participer implique également que vous acceptiez que l'équipe de recherche puisse utiliser aux fins de la présente recherche (articles, conférences et communications scientifiques) les renseignements recueillis à la condition qu'aucune information permettant de vous identifier ne soit divulguée publiquement. Les questionnaires sont conservés par l'équipe soignante à des fins d'évaluation de leur pratique, ils ne pourront pas être utilisés pour d'autres recherches que celle-ci.

#### **PERSONNES À CONTACTER**

Si vous avez des questions à poser au sujet de cette étude ou s'il survient un incident quelconque ou si vous désirez vous retirer de l'étude, vous pouvez contacter Marc-Simon Drouin Ph.D au numéro (514) 987-3000 # 7006 pour des questions additionnelles sur le projet ou sur vos droits en tant que participant de recherche. Le projet auquel vous allez participer a été approuvé au plan de l'éthique de la recherche avec des êtres humains par le Comité d'éthique de la recherche pour les projets étudiants (CERPÉ) de la Faculté des sciences humaines de l'UQAM.

Pour toute question sur vos droits à titre de sujet de recherche ou pour tout problème éthique concernant les conditions dans lesquelles se déroule votre participation à ce projet, vous pouvez contacter la présidente du comité par l'intermédiaire de la coordonnatrice du CERPÉ, Anick Bergeron, au 514-987-3000, poste 3642, ou par courriel à l'adresse suivante : [bergeron.anick@uqam.ca](mailto:bergeron.anick@uqam.ca) ;

Ou contacter le Commissaire local aux plaintes et à la qualité des services de l'UQAM.

#### **COORDONNÉES DU COMMISSAIRE LOCAL AUX PLAINTES ET À LA QUALITÉ DES SERVICES :**

Commissaire local aux plaintes et à la qualité des services

Institut universitaire en santé mentale de Montréal

7401 rue Hochelaga

Montréal (Québec) H1N 3M5

Téléphone : 514-251-4000, poste 2920

Le Comité d'éthique de la recherche du Centre de recherche de l'Institut universitaire en santé mentale de Montréal a approuvé ce projet de recherche et en assure le suivi. De plus, il approuvera au préalable toute révision et toute modification apportée au formulaire d'information et de consentement et au protocole de recherche.

#### **COORDONNÉES DU COMITÉ D'ÉTHIQUE DE LA RECHERCHE :**

Secrétariat du Comité d'éthique de la recherche

Institut universitaire en santé mentale de Montréal

7401, rue Hochelaga

Unité 228 - 2e Riel - Bureau RI-228-93

Montréal (Québec) H1N 3M5

Téléphone : 514-251-4015, poste 2442

#### **REMERCIEMENTS**

Votre collaboration est essentielle à la réalisation de notre projet et l'équipe de recherche tient à vous en remercier. Si vous souhaitez obtenir un résumé écrit des principaux résultats de cette recherche, veuillez ajouter vos coordonnées ci-dessous.

**SIGNATURES :**

Je, \_\_\_\_\_ reconnais avoir lu le présent formulaire de consentement et consens volontairement à participer à ce projet de recherche. Je reconnais aussi que l'interviewer a répondu à mes questions de manière satisfaisante et que j'ai disposé suffisamment de temps pour réfléchir à ma décision de participer (5 jours). Je comprends que ma participation à cette recherche est totalement volontaire et que je peux y mettre fin en tout temps, sans pénalité d'aucune forme, ni justification à donner. Il me suffit d'en informer la responsable du projet.

Signature du participant : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

Nom (lettres moulées) : \_\_\_\_\_

Adresse courriel : \_\_\_\_\_

Signature du responsable du projet ou de son, sa délégué(e) : \_\_\_\_\_

*Veuillez conserver le premier exemplaire de ce formulaire de consentement pour communication éventuelle avec l'équipe de recherche et remettre le second à l'interviewer.*

## RÉFÉRENCES

- Al-Darmaki, F., & Kivlighan, D.M., Jr. (1993) Congruence in Client-Counselor Expectations for Relationship and the Working Alliance. *Journal of Counseling Psychology*, 40 (4), 379-384.
- Alexander, L.B., & Luborsky, L. (1986). *The Penn helping alliance scales*. In: Greenberg L.S., Pinsof W.M., (Eds). *The Psychotherapeutic Process: A Research Handbook* (1986). New York: Guilford; 1986. p. 325–66.
- American Psychiatric Association (2000). *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*. (Washington DC). Traduction française par Benoit-Lamy, S., et coll. (2005). Masson, Issy-les-Mouineaux, 1065 pages.
- Ankuta, G.Y., & Abeles, N. (1993). Client satisfaction, clinical significance, and meaningful change in psychotherapy. *Professional Psychology : Research and Practice*, 24 (1), 70-74.
- Bachelor, A., Meunier, G., Laverdière, O., & Gamache, D. (2010). Client attachment to therapist : Relation to client personality and symptomatology, and their contribution to the therapeutic alliance. *Psychotherapy Theory, Research, Practice, Training*, 47 (4), 454-468.
- 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*, 5 (1), 80-89.
- Barber, J.P., Khalsa, S.-R., & Sharpless, B.A. (2010). The Validity of the Alliance as a Predictor of Psychotherapy Outcome. Dans Muran, J. C. & Barber, J. P. (Éds.). *The Therapeutic Alliance : An Evidence-Based Guide to Practice* (pp. 29-43). New-York : The Guilford Press.
- Barnicot, K., Katsakou, C., Marougka, S. & Priebe, S. (2011). Treatment completion in psychotherapy for borderline personality disorder – a systematic review and meta-analysis. *Acta Psychiatr Scand*, 123, 327-338.
- Bateman, A., & Fonagy, P. (1999). Effectiveness of partial hospitalization in the treatment of borderline personality disorder : A randomized controlled trial. *Am J Psychiatry*, 156, 1563-1569.
- Bateman, A., & Fonagy, P. (2010). Mentalization based treatment for borderline personality disorder. *World Psychiatry*, 9, 11-15.
- Bateman, A., & Fonagy, P. (2001). Treatment of borderline personality disorder with psychoanalytically oriented Partial hospitalization : An 18-month follow-up. *Am J Psychiatry*, 158, 36-42.

- Beretta, V., de Roten, Y., Stigler, M., Drapeau, M., Fischer, M., & Despland, J.-N. (2005). The influence of patient's interpersonal schemas on early alliance building. *Swiss Journal of Psychology*, *64* (1), 13-20.
- Bergeret, J. (1996). *La personnalité normale et pathologique : Les structures mentales, le caractère, les symptômes*. 3<sup>e</sup> édition. Paris : Dunod.
- Bergeret, J., Bécache, A., Boulanger, J.-J., Chartier, J.-P., Dubor, P., Houser, M. & Lustin, J.-J. (2004). *Abrégé de psychologie pathologique : Théorie et clinique*. Paris : Masson.
- Bevington, D., Fuggler, P. Fonagy, P., Target, M., & Asen, E. (2013). Innovation in practice: Adolescent mentalization-based intergrative therapy (AMBIT) – a new integrated approach to working with the most hard to reach adolescents with severe complex mental health needs. *Child and Adolescent Mental Health*, *18* (1), 46-51
- Bordin, E.S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy :Theory, Research, and Practice*, *16* (3), 252-260.
- Burlingame, G.M., Strauss, B., & Joyce, A.S. (2013). Change mechanisms and effectiveness of small group treatments. Dans Lambert, M.J. (Ed.). *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change*.(pp.640-689). Hoboken : Wiley and Sons, Inc.
- Byrd, K.R., Patterson, C.L., & Turchik, J.A. (2010). Working alliance as a mediator of client attachment dimensions and psychotherapy outcome. *Psychotherapy Theory, Research, Practice, Training*, *47* (4), 631-636.
- Castonguay, L.G., Goldfried, M.R., Wiser, S., Raue, P.J., & Hayes, A.M. (1996). Predicting the effect of cognitive therapy for depression : A study of unique and common factors. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *64* (3), 497-504.
- Corbière, M., Bisson, J., Lauzon, S., & Ricard, N. (2006). Factorial validation of a french short-form of the Working Alliance Inventory. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, *15* (1), 36-45.
- Coutinho, J., Ribeiro, E., Sousa, I., Safran, J. (2014). Comparing two methods of identifying alliance ruptures events. *Psychotherapy*, *51* (3), 434-442.

- Crits-Christoph, P., Connolly Gibbons, M.B., Hamilton, J., Ring-Kurtz, S. & Gallop, R. (2011). The dependability of alliance assessments : The alliance-outcome correlation is larger than you might think. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 79* (3), 267-278.
- Crowe, T.P., & Grenyer, B.F.S. (2008). Is therapist alliance or whole group cohesion more influential in group psychotherapy outcomes? *Clinical Psychology and Psychotherapy, 15*, 239-246.
- Delisle, G. (1993). La relation thérapeutique tri-dimensionnelle et l'identification projective. *Revue québécoise de Gestalt, 1* (2), 1-19.
- Delisle, G. (1998a). *La relation d'objet en Gestalt-thérapie*. Édition du Reflet: Montréal.
- Delisle, G. (1998b). *Les pathologies de la personnalité: Perspectives développementales*. Édition du Reflet: Montréal.
- Dill-Standiford, T.J., Stiles, W.B., & Rorer, L.G. (1988). Counselor-Client agreement on session impact. *Journal of Counseling Psychology, 35* (1), 47-55.
- Diener, M.J., & Monroe, J.M. (2011). The relationship between adult attachment style and therapeutic alliance in individual psychotherapy : A meta-analytic review. *Psychotherapy, 48* (3), 237-248.
- Elliott, R., & Wexler, M.M. (1994). Measuring the impact of session in Process-experiential therapy of depression : The Session Impacts Scale. *The Journal of Counseling Psychology, 41* (2), 166-174.
- Elvins, R., & Green, J. (2008). The conceptualization and measurement of therapeutic alliance : An empirical review. *Clinical Psychology Review, 28*, 1167-1187.
- Field, A. (2005). *Discovering statistics using SPSS*, (2<sup>e</sup> édition). London : SAGE Publications.
- Fonagy, P., & Bateman, A.W. (2007). Mentalizing and borderline personality disorder. *Journal of Mental Health, 16*(1), 83-101.
- Freud, S. (2007). *Sur l'engagement du traitement*. Dans la technique psychanalytique. Paris : Presses Universitaires de France. (Ouvrage original publié en 1913).
- Freud, S. (2007). *Remémoration, répétition et perlaboration*. Dans la technique psychanalytique. Paris : Presses Universitaires de France. (Ouvrage original publié en 1914).

- Friedlander, M.L., & Thibodeau, J.R. (1985). Discriminating the «good» from the «bad» therapy hour : A study of dyadic interaction. *Psychotherapy*, 22 (3), 631-642.
- Gelso, C.J., & Carter, J.A. (1985) The relationship in counseling and psychotherapy : Components, consequences, and theoretical antecedents. *The Counseling Psychologist*, 13 (2), 155-243.
- Gelso, C.J., & Hayes, J.A. (2002). The management of countertransference. Dans J.C. Norcross (Ed.), *Psychotherapy relationships that work :Therapist contributions and responsiveness to patients*, pp.267-283. New-York: Oxford University Press.
- Gottman, J.M. (1973). N-of-one and N-of-two research in psychotherapy. *Psychological Bulletin*, 80 (2), 93-105.
- Greenson, R. (1971). The real relationship between the patient and the psychoanalyst. In M. Kanzer (ed). *The unconscious today* (pp. 213-232). New-York : International University Press.
- Hamel, C. (2012). Le dialogue herméneutique, la régulation affective et la mentalisation. Dans Girard, L., & Delisle, G. (Éds). *La psychothérapie du lien : Genèse et continuité* (pp.135-168). Montréal : Les Éditions du CIG.
- Hatcher, R.L. (2010). Alliance theory and Measurement. Dans Muran, J. C. & Barber, J. P. (Éds.). *The Therapeutic Alliance : An Evidence-Based Guide to Practice* (pp.7-28). New-York : The Guilford Press.
- Hatcher, R.L., & Barends, A.W. (1996). Patient's View of the Alliance in Psychotherapy : Exploratory Factor Analysis of Three Alliance Measures. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64 (6), 1326-1336.
- Hendriksen, M., Van, R., Peen, J., Oudejans, S., Shoeners, R., & Dekker, J. (2010). Psychometric properties of the Helping Alliance Questionnaire-I in psychodynamic psychotherapy for major depression. *Psychotherapy Research*, 20 (5), 589-598.
- Hersoug, A.G., Hoglend, P., Havick, O.E., & Monsen, J.T. (2010). Development of working alliance over the course of psychotherapy. *Psychology and Psychotherapy : Theory, Research and Practice*, 83, 145-159.
- Hill, C.E. (2010). Qualitative studies of negative experiences in psychotherapy. Dans Muran, J. C. & Barber, J. P. (Éds.). *The Therapeutic Alliance : An Evidence-Based Guide to Practice* (pp.63-73). New-York : The Guilford Press.

- Holmes, S.E., & Kivlighan, D.M. (2000). Comparison of therapeutic factors in group and individuals treatment process. *Journal of counseling psychology, 47* (4), 478-484.
- Horvath, A.O., Del Re, A.C., Flückiger, C., & Symonds, D. (2011). Alliance in individual psychotherapy. *Psychotherapy, 48* (1), 9-16.
- Horvath, A.O., & Greenberg, L.S. (1989). Development and validation of the working alliance inventory. *Journal of Counseling Psychology, 36* (2), 223-233.
- Horvath, A.O., & Luborsky, L. (1993). The role of the therapeutic alliance in psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 61* (4), 561-573.
- Johnson, D.P., Penn, D.L., Bauer, D.J., Meyer, P., & Evans, E. (2008). Predictors of the therapeutic alliance in group therapy for individuals with treatment-resistant auditory hallucinations. *British Journal of Clinical Psychology, 47*, 171-183.
- Johnson, J.E., Burlingame, G.M., Olsen, J.A., Davies, R., & Gleave, R.L. (2005). Group climate, cohesion, alliance and empathy in group psychotherapy : Multilevel structural equation models. *Journal of Counseling Psychology, 52* (3), 310-321.
- Jorgensen, C.R., & Kjolbye, M. (2007). Outcome of psychoanalytically oriented outpatient treatment of borderline personality disorder : A pilot study. *Nordic Psychology 59* (2), 164-180.
- Kazdin, A.E. (2003). *Research design in clinical psychology*, (4<sup>e</sup> édition). Boston : Allyn and Bacon.
- Kernberg, O.F. (1989). *Les troubles graves de la personnalité : Stratégies psychothérapeutiques*. Paris : Presses Universitaires de France.
- Kernberg, O. F. (2008). The destruction of time in pathological narcissism. *Institute of Psychoanalysis, 89*, 299-312.
- Kivlighan Jr, D. M. (2007). Where is the relationship in the research on the alliance? Two methods for analysing dyadic data. *Journal of Counseling Psychology, 54* (4), 423-433.
- Kohut, H. (1978). Réflexions sur le narcissisme et la rage narcissique. *Revue française de psychanalyse, 42* (4), 683-719.

- Lacan, J. (1953) Fonction et champ de la parole et du langage en psychanalyse. Dans Lacan, J. (Éd.). *Écrits I* (pp.235-321). Paris : Éditions du Seuil.
- Lambert, M. J. (1992). Implications of outcome research for psychotherapy integration. In J. C. Norcross & M. R. Goldstein (Eds.), *Handbook of psychotherapy integration* (pp. 94–129). New York: Basic Books.
- Lambert, M. J. (2010). *Prevention of treatment failure: The use of measuring, monitoring, and feedback in clinical practice*. (293 p.). Washington : APA.
- Lambert, M. J., Burlingame, G. M., Umphress, V., Hansen, N. B., Vermeersch, D. A., Clouse, G. C., & Yanchar, S. C. (1996). The reliability and validity of the Outcome Questionnaire. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 3, 249–258.
- Lambert, M., Lunnen, J., Umphress, V., Hansen, N., & Burlingame, N. (1994). *Administration and scoring manual for the Outcome Questionnaire (OQ-45)*. Salt Lake City, UT : IHC Center for Health Care Efficacy.
- Lambert, M.J., Smart, D.W., Campbell, M.P., Hawkins, E.J., Harmon, C., & Slade, K.L. (2006). Psychotherapy outcome, as measured by the OQ-45, in african american, asian/pacific islander, latino/a, and native american clients compared with matched caucasian clients. *Journal of College Student Psychotherapy*, 20 (4), 17-29.
- Larson, L.M., & Daniels, J.A. (1998). Review of the counseling self-efficacy littérature. *The counseling Psychologist*, 26(2), 179-218.
- Le Bloc'h, Y., de Roten, Y., Drapeau, M., & Despland, J-N. (2006). New, but improved? Comparison between first and revised version of the Helping Alliance Questionnaire. *Schweizer Archiv Für Neurologie und Psychiatrie*, 157 (1), 23-28.
- Lecomte, C., Savard, R., Drouin, M.-S., & Guillon, V. (2004). Qui sont les thérapeutes efficaces? Implications pour la formation en psychologie. *Revue Québécoise de Psychologie*, 25 (3), 73-102.
- Lo Coco, G., Chiappelli, M., Bensi, L., Gullo, S., Prestano, C. & Lambert, M.J. (2008). The factorial structure of the outcome questionnaire-45 : A study with an italian sample. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 15, 418-423.
- Luborsky, L. (2000). A pattern-setting therapeutic alliance study revised. *Psychotherapy Research*, 10 (1), 17-29.
- Marher, A.R., & Nadler, W.P. (1986). Good moment in psychotherapy : A preliminary review, a list, and some promising research avenues. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54 (1), 10-15.

- Marmarosh, C.L., Gelso, C.J., Markin, R.D., Majors, R., Mallery, C., & Choi, J. (2009). The real relationship in psychotherapy: Relationships to adult attachment, working alliance, transference, and therapy outcome. *Journal of Counseling Psychology, 56* (3), 337-350.
- Martin, D.J., Garske, J.P., & Davis, M.K. (2000). Relation of the therapeutic alliance with outcome and other variables: A meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 68* (3), 438-450.
- Marziali, E., Munroe-Blum, H. & McCleary, L. (1997). The effects of the therapeutic alliance on outcomes of individual and group psychotherapy with borderline personality disorder. *Psychotherapy research, 9*, 452-467.
- Mellier, D. (2013). La violence de la rage en clinique institutionnelle. *L'évolution psychiatrique, 78*, 313-326.
- Mueller, R.M., Lambert, M.J., & Burlingame, G. (1998). Construct validity of the Outcome Questionnaire: A confirmatory factor analysis. *Journal of Personality Assessment, 70* (2), 248-262.
- Munder, T., Wilmers, F., Leonhart, R., Linster, H.W., & Barth, J. (2009). Working alliance inventory-short revised (WAI-SR): Psychometric properties in outpatients and inpatients. *Clinical Psychology and Psychotherapy, 17*, 231-239.
- Okiishi, J.C., Lambert, M.J., Eggett, D., Nielson, L., Dayton, D.D., & Vermeersch, D.A. (2006). An analysis of therapist treatment effects: Toward providing feedback to individual therapists on their clients' psychotherapy outcome. *Journal of Clinical Psychology, 62* (9), 1157-1172.
- Orlinsky, D.E., & Ronnestad, M.H. (2005). *How psychotherapist develop: A study of therapeutic work and professional growth*. APA, Washington DC.
- Rhodes, R.H., Hill, C.E., Thompson, B.J., & Elliott, R. (1994). Client retrospective recall of resolved and unresolved misunderstanding events. *Journal of Counseling Psychology, 41* (4), 473-483.
- Rosenberger, E.W., & Hayes, J.A. (2002). Origins, consequences, and management of countertransference: A case study. *Journal of counseling psychology, 49*, 221-232.
- Roussillon, R., Chabert, C., Ciccone, A., Ferrant, A., Gergieff, N., & Roman, P. (2007). *Manuel de psychologie et de psychopathologie clinique générale*. Issy-Les-Moulineaux: Elsevier-Masson.

- Rüsch, N., Schiel, S., Corrigan, P.W., Leihener, F., Jacob, G.A., Olschewski, M., Lieb, K., & Bohus, M. (2008). Predictors of dropout from inpatient dialectical behavior therapy among women with borderline personality disorder. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 39, 497-503.
- Safran, J.D., Muran, J.C., & Eubanks-Carter, C. (2011). Repairing alliance ruptures. *Psychotherapy*, 48 (1), 80-87.
- Safran, J.D., & Muran, J.C. (1996). The resolution of rupture in the therapeutic alliance. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64 (3), 447-458.
- Safran, J.D., & Muran, J. C. (2000). *Negotiating the Therapeutic Alliance : A Relational Treatment Guide*. The Guilford Press : New York/London.
- Safran, J.D., Muran, J.C., Samstag, L.W., & Winston, A. (2005). Evaluating the efficacy of an alliance-focused intervention for potential treatment failures. *Psychotherapy : Theory, research, practice, training*, 42 (4) 512-531.
- Sandell, R., Ronnas, P-A., & Schubert, J. (1992). Feeling like a good therapist- or a bad one: Critical incidents in psychotherapist's experience. *Psychoanalytic psychotherapy*, vol. 6(3), 213-229.
- Schore, A.N. (2011). The right brain implicit self lies at the core of psychoanalysis. *Psychoanalytic Dialogues*, 21, 75-100.
- Sharf, J., Primavera, L.H., & Diener, M.J. (2010). Dropout and Therapeutic Alliance : A Meta-Analysis of Adult Individual Psychotherapy. *Psychotherapy Theory, Research, Practice, Training*, 47(4), 637-645.
- Sharp, C., Ha, C., Carbone, C., Kim, S., Perry, K., Williams, L., & Fonagy, P. (2013). Hypermentalizing in adolescent inpatients : Treatment effects and association with borderlin traits. *Journal of Personality Disorders*, 27(1), 3-18.
- Sharp, C., Pane, H., Ha, C., Venta, A., Patel, A.B., Sturek, J., & Fonagy, P. (2011). Theory of mind and emotion regulation difficulties in adolescents with borderlin traits. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 50 (6), 563-573.
- Smith, T.L., Barrett, M.S., Benjamin, L.S., & Barber, J.P. (2005). Relationship factors in treating personality disorders. Dans Castonguay, L.G., & Beutler, L.E. (Eds.), *Principles of therapeutic change that work*, pp.219-238. New-York : Oxford University Press.

- Spinhoven, P., Giesen-Bloo, J., van Dyck, R., Kooiman, K., & Arntz, A. (2007). The therapeutic alliance in schema-focus therapy and transference-focus psychotherapy for borderline personality disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 75* (1), 104-115.
- Stiles, W.B. (2002). Session Evaluation and the Session Evaluation Questionnaire. Dans G.S. Tryon (Ed.), *Counseling based on process research : Applying what we know*, pp. 325-343. Boston, MA : Allyn & Bacon.
- Stiles, W.B. (1980). Measurement of the impact of psychotherapy sessions. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 48* (2), 176-185.
- Strauss, J.L., Hayes, A.M., Johnson, S.L., Newman, C.F., Brown, G.K., Barber, J.P., Laurenceau, J-P., & Beck, A.T. (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* (2), 337-345.
- Streiner, D.L. (1998). Thinking small: Research designs appropriate for clinical practice. *Canadian Journal of Psychiatry, 43*, 737-741.
- Tryon, G.S. (1990). Session depth and smoothness in relation to the concept of engagement in counseling. *Journal of Counseling Psychology, 37* (3), 248-253.
- Tryon, G.S., & Winograd, G. (2001). Goal Consensus and Collaboration. *Psychotherapy, 38* (4), 385-389.
- Vasey, M.W., Harbaugh, C.N., Mikolich, M., Firestone, A., & Bijttebier, P. (2013). Positive affectivity and attentional control moderate the link between negative affectivity and depressed mood. *Personality and Individual Differences, 54*, 802-807.
- Vermeersch, D.A., Whipple, J.L., Lambert, M.J., Hawkins, E.J., Burchfield, C.M., & Okiishi, J.C. (2004). Outcome questionnaire : Is it sensitive to change in counseling center clients? *Journal of Counseling Psychology 51* (1), 38-49.
- Winnicott, D.W. (1945). Le développement affectif primaire. Dans *de la pédiatrie à la psychanalyse*. Paris: Payot, 1976, 33-47.
- Winnicott, D.W. (1947). La haine dans le contre-transfert. Dans *De la pédiatrie à la psychanalyse*. Paris: Payot, 1976, 48-58.
- Woody, S.R., & Adessky, R.S. (2002). Therapeutic alliance, group cohesion, and homework compliance during cognitive-behavioral group treatment of social phobia. *Behavior Therapy, 33*, 5-27.

Zetzel, E. (1956). Current concepts of transference. *International Journal of Psycho-Analysis*, 37, 369-375.

---