



Disponible en ligne sur
ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France
EM|consulte
www.em-consulte.com



FAITES LE POINT

Alliance thérapeutique, douleur et pratiques à médiation corporelle[☆]

Therapeutic alliance, pain and body-mediated practices

Maximilien Bachelart¹, Antoine Bioy^{2,3,*},
Kristell Clerc²

¹ 10 bis, rue de Vilpré, 77540 Rozay-en-Brie, France

² Université Paris 8, Vincennes-Saint-Denis, 2, rue de la Liberté, 93200 Saint-Denis, France

³ IMIC - CHU de Bordeaux, Xavier Arbozan, avenue du Haut-Lévêque, 33604 Pessac cedex, France

Reçu le 26 février 2023 ; reçu sous la forme révisée le 18 avril 2023 ; accepté le 22 juin 2023

MOTS CLÉS

Douleur ;
Alliance
thérapeutique ;
Alliance de travail ;
Thérapie à médiation

Résumé L'alliance thérapeutique se définit par la qualité de la relation affective qui unit patient et praticien ainsi qu'un accord quant aux tâches à effectuer pour atteindre un ou plusieurs objectifs. Il s'agit d'un facteur commun à toutes formes de prises en charge et se révèle être un bon facteur prédictif de la réussite d'une prise en charge. La douleur, du fait notamment de son objectivation possible par le discours du patient, définit d'emblée un type d'alliance particulière. Cet article présente une analyse de contributions scientifiques permettant de faire le point sur la notion d'alliance et son application au champ de la clinique de la douleur. Un apport spécifique est proposé concernant les pratiques à méditations cordelles, répandues en clinique de la douleur, parce qu'elles s'inscrivent dans une méthodologie spécifique, présentent des contextes particuliers d'alliance.

© 2023 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

[☆] Cet article est une version actualisée et enrichie d'un chapitre d'ouvrage issu de « Thérapies à lévitation corporelle et douleur » (coordination : Antoine Bioy et Chantal Wood ; 2013) qui n'est plus disponible, l'éditeur ayant cessé ses activités (Institut Upsa de la Douleur).

* Auteur correspondant. Université de Paris 8 - laboratoire psychopathologie et processus de changement (LPPC), 2, rue de la Liberté, 93200 Saint-Denis, France.

Adresse e-mail : antoine.bioy@univ-paris8.fr (A. Bioy).

<https://doi.org/10.1016/j.douler.2023.06.002>

1624-5687/© 2023 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

KEYWORDS

Pain;
Therapeutic alliance;
Working alliance;
Mediated therapy

Summary The therapeutic alliance is defined by the quality of the affective relationship that unites patient and practitioner, and an agreement on the tasks to be carried out to achieve one or more objectives. It is a factor common to all forms of treatment, and a good predictor of success. Pain, because it can be objectified in the patient's own words, immediately defines a particular type of alliance. This article presents an analysis of scientific contributions that review the notion of alliance and its application to the field of pain management. A specific contribution is proposed concerning corded meditation practices, which are widespread in pain clinics, because they are part of a specific methodology and present particular alliance contexts. © 2023 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

Introduction

Ce que recouvre l'alliance thérapeutique

La notion d'alliance thérapeutique est née dans le champ psychanalytique. Comme nous le développons ailleurs [1,2], Sigmund Freud fut un des premiers à évoquer la nécessaire collaboration entre praticien et patient à côté de la notion de transfert. Par la suite, le continent européen développa peu de réflexion autour du concept d'alliance thérapeutique au profit d'une réflexion sur le transfert et le dispositif technique. Outre Atlantique, les analystes étant plus enclins à poser la question des facteurs réels de la relation thérapeutique, Greenson [3] développa la notion d'alliance de travail ou alliance thérapeutique. Zetzel [4] fut la première analyste à utiliser le terme d'alliance thérapeutique et la plaça comme facteur essentiel à l'efficacité de n'importe quelle intervention thérapeutique. Les théories contemporaines mettent plutôt l'accent sur la notion d'intersubjectivité, c'est-à-dire que l'analyse de l'alliance implique d'emblée dans son analyse le positionnement du praticien par rapport à son patient [5].

Dans d'autres champs, on peut observer que le courant humaniste et systémique a abordé autrement la question de la relation et cette notion n'est pas centrale dans ces apports, même si certaines notions se rejoignent, sans équivoque. Quant au courant cognitivo-comportemental nord-américain, ce n'est que depuis peu qu'il y porte une plus grande attention. En revanche, comme nous le verrons, l'alliance thérapeutique est au cœur de la question de l'évaluation des interventions thérapeutiques depuis plusieurs décades et fait ainsi le lien entre théorie et pratique clinique.

Le terme d'alliance provient du latin « *ad-ligantia* », « *ad* » (à) et « *ligare* » (lier, unir avec). Développée essentiellement dans le champ de la recherche, la notion d'alliance thérapeutique a été déployée pour saisir et analyser la relation de soins (psychique et plus récemment physique), et plus précisément, la question de la collaboration entre les protagonistes afin d'atteindre les objectifs fixés. Elle est actuellement perçue comme un facteur commun à toute forme de prise en charge, à expression variable mais selon le type de relation thérapeutique dont il est question.

Bordin [6] met en avant trois dimensions constituant l'alliance thérapeutique³ :

- les buts ou objectifs fixés par la rencontre, en lien avec la demande ;
- les tâches à effectuer pour atteindre ces buts ;
- le lien affectif qui lie le patient et le praticien.

Il souligne que l'alliance ne serait pas en elle-même curative, mais constituerait plutôt un levier sur lequel le patient s'appuie pour adhérer au suivi et poursuivre son traitement. Ainsi, on peut dire que l'alliance thérapeutique désigne la mise en relation temporaire de deux êtres, basée sur un engagement réciproque (notion de lien). Ils s'entendent sur les moyens (notion de tâches) qui permettront d'atteindre des objectifs fixés (notion de but, le plus souvent le soulagement de la souffrance et/ou du poids d'une constellation de symptômes). Cet échange et ce lien, constituent une véritable expérience pour l'un et l'autre des protagonistes, expérience au cœur même de la question du changement. C'est par cet engagement relationnel réciproque que vont pouvoir émerger des influences positives, telles que la confiance et le développement d'une prise en charge individualisée, qui favorisent l'adhésion du patient [7]. Ainsi, réfléchir à l'alliance thérapeutique en tant que levier permet de ne plus opposer médecine scientifique et relation de soin [8].

Méthodes et résultats

Principaux résultats des recherches et lien avec le changement

La notion de relation thérapeutique dans le champ empirique a été discutée à partir des années 1930 et on situe dans les années 1970, au début des recherches scientifiques sur ce concept (avec notamment, Luborsky).

L'alliance thérapeutique est au cœur de la question de l'évaluation des interventions thérapeutiques depuis plusieurs décades et fait ainsi le lien entre théorie et pratique clinique.

³ Ces dimensions s'influencent mutuellement, elles ne sont pas clivées les unes par rapport aux autres.

Les recherches se sont centrées sur les différentes pathologies puis vers les sujets qui en étaient, porteurs pour s'orienter par la suite sur l'évaluation des processus, de l'alliance et des facteurs provenant du thérapeute. Nous pouvons d'emblée affirmer, que l'alliance a une importance cruciale dans la prédiction des résultats thérapeutiques pour différentes formes de psychothérapies [9,10]. Babatunde et al. [11] ont montré, en examinant vingt-six articles, une corrélation entre l'alliance thérapeutique et l'adhésion. Pour autant, des auteurs comme Crits-Christoph [12], dénoncent le piège de l'explication causale unidirectionnelle qui consisterait à dire qu'une bonne alliance serait directement responsable de la baisse de la symptomatologie. L'âge, la motivation, l'environnement ou encore la hiérarchisation des objectifs peuvent venir modérer cette adhésion [11]. Un patient peut également développer une bonne alliance parce que son état est meilleur et lui permet d'entrer dans une collaboration plus fructueuse. L'évolution favorable d'une psychothérapie peut également « nourrir » en retour l'alliance thérapeutique. Donc, l'alliance thérapeutique est « déterminante dans l'intervention psychothérapeutique » mais « elle n'est toutefois pas en elle-même suffisante » [13].

Actuellement, les recherches conçoivent l'alliance comme un processus constamment en mouvement et qui se constitue de moments de ruptures et de réparations. Une « bonne » alliance ne signe pas forcément une évolution positive de la situation du patient, mais ce serait au contraire dans les moments de tension et de leurs résolutions, que la question du changement se jouerait. Ainsi, les cycles de ruptures et de réparation de l'alliance permettraient au patient de faire l'expérience puis d'adopter de nouvelles stratégies relationnelles, un autre rapport à l'autre amenant possiblement un autre rapport à soi [14]. Il est important de s'attendre à ces ruptures relationnelles afin de se préparer à les réparer au cœur de l'alliance thérapeutique : ces réparations influençant positivement l'autonomisation et l'égalité relationnelle [15,16].

Pour ce faire, et afin d'améliorer l'alliance thérapeutique, il serait utile que les thérapeutes deviennent plus sensibles à l'existence et à l'influence d'indications subtiles de ruptures dans la relation [16]. Ces ruptures momentanées pourraient être envisagées comme des détours obligés permettant de parvenir à « réhabiliter la relation » [17]. Les patients présentent souvent des gains soudains [18] et connaissent ces ruptures et réparations de l'alliance tout au long du traitement [19].

Cependant, le moment de l'engagement (qui se joue lors des premières consultations) serait crucial et une bonne « accroche » entre les deux protagonistes constituerait une solide fondation pour le cours de la thérapie [14]. Une récente méta-analyse des données, session par session, a révélé qu'au début de la thérapie, l'alliance et les symptômes étaient réciproquement liés les uns aux autres [20].

Ajoutons à cela que différents facteurs vont avoir un impact sur la construction et le devenir de l'alliance thérapeutique. Trois grands facteurs sont identifiables à savoir ceux provenant :

- du patient (attentes, capacité à faire confiance, type de relation d'objet, qualité d'attachement, croyances...);

- du praticien (capacité à établir une relation égalitaire et confortable, fiabilité, flexibilité, respect et compétences...);
- de l'environnement (données du cadre comme la durée des rencontres, lieu, rythme...)

L'expérience est aussi liée à l'alliance thérapeutique, même si certaines recherches pondèrent une relation que l'on pourrait imaginer très forte. La capacité du thérapeute à former une bonne alliance n'est pas « simplement fonction de l'entraînement ou de l'expérience » [14], elle se situe également au cœur d'une capacité d'écoute des facteurs tels que l'attente du résultat [21], les croyances ou les attitudes à l'égard de la douleur [7,22].

Le défi est de trouver le bon équilibre pour le clinicien entre, d'une part, sa position professionnelle et, d'autre part, les besoins émotionnels du patient [16].

Ces facteurs désormais bien mis à jour, les études portent aujourd'hui sur les interactions elles-mêmes, s'agissant aussi bien de la nature des interventions que des modalités d'ajustement défensif d'un protagoniste à l'autre.

L'alliance thérapeutique dans le champ de la douleur

Peu d'études, dans le champ de la douleur, font état de la question de l'alliance et des émotions. Burns et al. [23] montrent que l'hostilité et la propension à exprimer la colère diminuaient la capacité du patient à créer une bonne collaboration. Dans cette dynamique, la colère peut également déclencher une attitude défensive chez le clinicien, qui peut à son tour être projetée sous forme de colère vers le patient [24,25].

La douleur entraînant des conséquences émotionnelles, l'alliance doit s'inscrire au cœur d'une approche des soins cliniques centrée sur le patient et tenir compte des différences individuelles, des capacités d'adaptation personnelles et des facteurs contextuels.

Dans le domaine de la douleur, il semble que l'injustice éprouvée et la colère qui y est associée, mettent à mal l'alliance thérapeutique. Scott et al. [26] ont examiné l'association entre injustice perçue, colère et alliance de travail. Ils ont montré qu'une plus grande perception de l'injustice était associée à de moins bonnes évaluations de l'alliance de travail par les clients et que l'expression de la colère semble médiatiser l'association entre injustice perçue et alliance de travail. L'injustice perçue semble être un facteur de risque de rétablissement défavorable après une blessure douloureuse.

De manière globale, la douleur entraînant des conséquences émotionnelles, l'alliance doit s'inscrire (dans le champ de la douleur particulièrement) au cœur d'une approche des soins cliniques centrée sur le patient et tenir compte des différences individuelles, des capacités d'adaptation personnelles et des facteurs contextuels [22];

afin de penser des stratégies pour renforcer l'alliance thérapeutique.

Gullen [27] a montré à partir d'une étude de cas s'étalant sur 60 mois et concernant un jeune homme souffrant de douleurs chroniques au cou, que l'alliance thérapeutique est un facteur contribuant aux résultats en matière de douleur et d'invalidité. La méta analyse de Fluckiger et al. [20] étudiant la relation alliance-résultat, souligne une corrélation positive entre les résultats et l'alliance, cette dernière jouant un rôle dans la réduction des symptômes, de manière mécaniste ou en facilitant les processus mécanistes.

Bliss [28] a montré que lorsque l'alliance thérapeutique est perçue comme positive par les patients. Il existe donc un impact positif sur l'intensité douloureuse perçue, l'interférence de la douleur avec ses activités quotidiennes, sa satisfaction et sa compliance au traitement. Des résultats montrant le lien entre une forte alliance et une réduction de l'intensité ressentie de la douleur, ont aussi été retrouvés durant trois séances d'ostéopathie [29].

Plus récemment, dans une recherche partant de 1469 études, Lakke et Meerman [30] ont constaté un effet significatif de l'alliance de travail sur les résultats de l'intensité de la douleur, de l'interférence de la douleur et du fonctionnement physique. L'alliance de travail perçue par le patient pendant le traitement semble prédire la réduction de la douleur et l'amélioration du fonctionnement physique. Dans une revue de la littérature, Babatunde et al. [11] ont souligné de nouveau qu'une bonne alliance thérapeutique est corrélée à une amélioration de la douleur, une réduction de l'invalidité et une plus grande satisfaction du traitement dans la réadaptation physique.

Du côté du patient, il peut ne pas y avoir facilement d'accord entre les attentes et les buts par rapport à ceux du médecin. Le but du médecin est souvent de stimuler le fonctionnement général du patient alors que celui du patient serait la seule réduction de la douleur [31]. Les patients s'attendraient souvent à ce que le médecin leur dise de se reposer et les médecins, de leur côté, encourageraient plutôt l'activité, ce qui peut créer des tensions [32]. Ainsi, les patients peuvent paraître exigeants, mais passifs dans leur participation au traitement [33].

Toutefois, Raichle et al. [34] ont montré que chez le patient, l'augmentation de sa capacité ressentie à contrôler la douleur et la diminution de la catastrophisation était significativement liée à une plus grande alliance thérapeutique.

D'autre part, beaucoup de patients ne prennent pas la médication qui leur est prescrite craignant une mauvaise tolérance aux médicaments, voire une dépendance ou des effets secondaires. La communication des patients, leur état psychique et leurs attitudes sont déterminés par des expériences passées. Cette divergence potentielle reflète l'utilité d'une communication ouverte avec les patients pour comprendre leurs valeurs et développer la capacité d'adapter les objectifs et les interventions en conséquence [7]. L'adhésion au traitement semble directement influencée par la confiance et l'empathie des patients envers le professionnel de santé. Une diminution de l'incapacité spécifique peut se produire lorsque le patient suit les directives fournies par le professionnel de santé avec plus de confiance [35].

La place du praticien

Roussel et al. [36], dans une recherche portant sur la qualité des entretiens, rappellent que la construction de l'alliance est « l'élément moteur de la qualité de la phase évaluative des douleurs chroniques ». Ils situent dans cette dynamique globale les points clefs qui permettent au praticien de déployer une qualité d'approche dans les consultations douleur :

- la systématisation du lien futur avec le patient ;
- l'expression de la croyance en la réalité et la légitimité de la douleur ;
- l'explication réciproque de la représentation de la douleur ;
- l'information éclairée sur les traitements et leurs effets indésirables ;
- la fixation d'objectifs thérapeutiques

Le but du médecin est souvent de stimuler le fonctionnement général du patient alors que celui du patient serait la seule réduction de la douleur.

Les facteurs liés au médecin se composent des attitudes personnelles et professionnelles. Dans une revue de la littérature réalisé en 2018 [37], Taccolini Manzoni et al., ont montré que les caractéristiques du thérapeute (ses compétences interpersonnelles/de communication, son expertise et son niveau de formation) peuvent influencer l'alliance thérapeutique. Ce qui induit de trouver un équilibre entre ces deux pôles, dans une dynamique toujours en mouvement (il n'est pas possible de maintenir un niveau identique de relation aux patients, indépendamment du moment de l'accueil, de ce qu'évoque pour le praticien celui qu'il soigne, etc.). Par exemple, certains praticiens sont vus comme trop centrés sur leurs pratiques en douleur chronique [38], avec parfois des attitudes trop rigides qui empêchent de dépasser des difficultés apparaissant en relation [33].

D'autres situations sont également connues comme « piège relationnel » et donc de mauvais pronostic concernant une alliance thérapeutique féconde. Par exemple, citons le fait d'évoquer une étiologie psychologique aux douleurs présentées lorsque le profil de patient suscite chez le praticien des ressentis négatifs ; cette étiologie menant évidemment à une impasse dans la prise en charge car se nourrissant non pas d'éléments concrets mais de modalités relationnelles particulières. De façon générale, lorsque les préjugés des praticiens autour de leur pratique en relation avec les patients douloureux ne sont pas l'objet d'un travail spécifique, alors les préjugés qui en découlent nourrissent des difficultés dans l'alliance thérapeutique et majorent un ressenti de stress [33].

Il ne s'agit pas ici d'inciter à ce que tous rejoignent des groupes Balint, d'intervision ou de régulation de pratique (quoique !), mais plutôt de souligner une mise en tension professionnelle potentiellement préjudiciable à l'alliance. La détresse personnelle du thérapeute peut agir comme un obstacle au développement des trois sous-composantes de l'alliance thérapeutique [39]. La formation à la communication apparaît un outil efficace pour les professionnels de

la santé, permettant également de rediriger les patients douloureux qui expriment de la colère ou de l'hostilité [7].

Au cœur des attitudes personnelles du praticien, il existe un effet d'une communication empathique sur la modulation de la douleur chez les patients. La formation aux techniques de communication basée sur l'empathie peut être utilisée pour améliorer la relation patient–thérapeute [11]. Le niveau d'empathie du prestataire influence positivement le degré d'alliance, qui à son tour favorise des résultats plus positifs pour le patient [39]. Il s'agit d'une véritable éthique arrivant à conjuguer humanité et compétence, dans un regard quotidien de proximité. Si la compréhension empathique, la considération positive inconditionnelle ou la congruence ne sont mises en œuvre que de manière insuffisante, le « processus vivant » de la relation constructive peut être contrarié [40].

Nous avons donc d'un côté, une médecine de la douleur tournée vers l'humain, ses incertitudes et parfois des limitations importantes dans les connaissances possédées pour expliquer un tableau clinique complexe à soulager. D'un autre côté s'offre à nous, la tentation de « guidelines » et autres arbres décisionnels à adopter, fondés sur des savoirs que l'on souhaite absolus et dont on espère qu'ils pourront un jour soulager les souffrances à l'œuvre dans le cadre de protocoles bien normés.

Il est demandé aux praticiens un effort de créativité pour conjuguer l'humain et le savoir, afin de créer de l'inédit pour chaque patient, entre ce que l'on sait possible de faire d'un côté et ce qui est réellement adapté à la personne et à la situation présentée. Si la confiance que le médecin possède envers sa capacité à gérer les douleurs chroniques n'est pas corrélée à ses compétences véritables [41], on peut alors penser que cette confiance doit se nourrir d'autres éléments, cette fois, plus relationnels.

Une dynamique patient–praticien

Pour Pigué et al. [42], la notion d'alliance thérapeutique, notamment dans le champ de la douleur, s'est développée avec celle d'adhérence dans une notion plus globale appelée « compliance ». Ces auteurs soulignent que 30 à 60 % de la non-compliance seraient liés à des prescriptions ignorées ou partiellement suivies. Ce constat questionne le sens de la demande du patient et l'intérêt suscité par le médecin pour le suivi du traitement. Pour cette équipe, compliance et alliance seraient donc intimement liées, une façon de comprendre l'impact de la dynamique relationnelle sur un médiateur du changement. La compliance pourrait alors contenir en soi, non pas uniquement une responsabilité du patient, mais intégrerait le résultat d'une rencontre avec un praticien ayant un impact sur les comportements de santé. Fumagalli et al. [43] ont montré que le désir d'être perçu comme un "bon" client facilite la compliance, et a pour avantages d'éviter les conflits. Par ailleurs, une alliance thérapeutique solide pendant le traitement semble faciliter l'adhésion et à plus long terme le comportement des patients [44].

Au cœur de cette dynamique de la rencontre, il apparaît que les patients plus symptomatiques peuvent avoir plus de mal à former de bonnes

alliances et que les thérapeutes ayant un attachement craintif peuvent être moins capables de former une bonne alliance thérapeutique du point de vue du client.

Le cadre du clinicien joue un rôle au cœur de cette dynamique patient–praticien. La rencontre doit permettre au thérapeute de saisir le mouvement psychique et sensoriel sous-jacent et le nécessaire accordage, en consultation douloureuse, se situe « en-deçà du langage » [45]. L'alliance est avant tout une question de coopération [25].

Au cœur de cette dynamique de la rencontre, il apparaît que les patients plus symptomatiques peuvent avoir plus de mal à former de bonnes alliances et que les thérapeutes ayant un attachement craintif peuvent être moins capables de former une bonne alliance thérapeutique du point de vue du client. Il est probable que la complexité des problèmes présentés par les clients, associée à l'interaction entre les styles d'attachement client–thérapeute, influence l'alliance thérapeutique [46]. On peut également penser que la plainte répétée affecte la relation médecin–patient. Elle pourrait être le moyen de démontrer l'inefficacité ou l'impuissance du médecin, c'est-à-dire une démonstration de son échec. Comme si, pour certains patients, la mise en impuissance de la figure d'autorité avait une valeur émotionnelle plus forte que le soulagement [47].

Cette idée est à lier à la notion de coûts–bénéfices, c'est en cela que l'évaluation et l'appréciation de la situation du malade restent primordiales. Si la responsabilité dans la douleur est celle d'autrui, toute tentative de réconfort médicamenteux, interventionnel ou psychothérapeutique pourrait être vaine. Pour Lassner [47], il n'est pas conseillé de mettre en place trop précocement des tentatives thérapeutiques. Comment le sujet présente-t-il l'objet de ses préoccupations ? Pourquoi se présente-t-il maintenant et à ce médecin en particulier ? Cette pensée replace non plus les interventions comme de simples pratiques formelles, mais aussi comme des modalités relationnelles incluant une partie technique dont on peut disposer de façon plus complexe qu'en agissant immédiatement [48].

Bethea et al. [49] ont élaboré une recherche s'adressant à des patients douloureux abusant d'opioïdes et suivis par des thérapeutes dans le but :

- d'améliorer la bonne observance au traitement ;
- de réduire la douleur ressentie ;
- de diminuer l'effet d'interférence de la douleur sur le fonctionnel général ;
- de soulager l'abus de substance.

L'alliance était toujours bonne au départ, celle du patient augmentait progressivement indépendamment de la gravité de la toxicomanie médicamenteuse et des résultats du suivi. En revanche, l'alliance évaluée par le thérapeute a augmenté seulement pour les patients non toxicomanes et/ou envers ceux qui ont obtenu de bons résultats grâce au suivi. Les niveaux d'alliance du patient et du thérapeute étaient proches au cours des séances axées sur des liens affectifs, mais elles ont divergé au cours des séances qui ont proposé un changement de comportement. Les auteurs suggèrent que les thérapeutes peuvent avoir réagi négativement à l'absence de progrès des patients, autrement dit que

l'évaluation d'une partie à propos de l'autre peut entraîner des répercussions sur la dynamique entre les deux.

Kinney et al. [7] ont montré des incohérences entre ce que les patients versus les thérapeutes considèrent comme une alliance thérapeutique forte. Les cliniciens peuvent supposer ce qui est valable dans le développement de l'alliance thérapeutique en se basant sur leurs propres croyances plutôt que de considérer la perspective du patient. Le chemin menant le clinicien à l'alliance thérapeutique allie approche éthique et engagement professionnel inconditionnel, refusant la rhétorique « l'endurance du malade » [17].

Le médecin est d'emblée, plongé dans une relation singulière à l'autre et la proximité qui s'établit dans la relation devient alors plus intense, étant donné qu'elle décrit un phénomène subjectif. Cette mise en relation implique de recevoir des facteurs d'ordre psychologique (traits de personnalité, craintes, croyances, qualité de la confiance, de l'attachement...) qui viendront colorer de façon particulière le discours. Consoli [50] notait justement que « l'expression de la douleur est prise dans les mailles d'une communication interpersonnelle ».

Discussion

Alliance thérapeutique, douleur et médiation corporelle

À ce jour, il existe peu d'études autour de l'alliance thérapeutique, de la douleur et des pratiques à médiation corporelle⁴. Très exactement, ce que la notion de corporalité pourrait faire évoluer dans la relation thérapeutique perçue comme un espace de collaboration est aux prémises d'une interrogation [51]. Pourtant, ce questionnement peut apparaître non seulement comme important, mais également nécessaire. En effet, il n'est pas anodin de faire intervenir des pratiques à médiation corporelle dans la relation, avec des incidences premières sur les caractéristiques de l'alliance déjà décrites par Bordin. Reprenons-les successivement.

Les buts ou objectifs fixés par la rencontre

De prime abord, on pourrait se dire que les objectifs suivis sont identiques que l'on soit dans une pratique classique, biomédicale et pharmacologique, ou de nature complémentaire et, précisément, à médiation corporelle. Cela est sans doute vrai pour les thérapies dans les pratiques telles que certaines pratiques de massage thérapeutique. En revanche, dans les approches « mind body » (méditation de pleine conscience, hypnose...), la question se formule de façon plus complexe.

⁴ Ce terme désigne les dispositifs thérapeutiques qui mettent au centre de la pratique et de la rencontre clinique un travail autour du corps, de la sensorialité et du perceptif (massage, relaxation...). Plus récemment, Antoine Bioy a proposé que l'hypnose soit incluse dans ces pratiques, à la suite des travaux de François Roustang et plus largement de l'inscription de l'hypnose dans le champs de la phénoménologie et aussi de la cognition incarnée [25,59].

En effet, nous sommes dans des pratiques où l'intention première n'est pas de supprimer la douleur, mais d'aménager la souffrance qui l'accompagne et qui rend l'expérience douloureuse difficilement supportable. Nous sommes dans une approche spécifique, qui questionne la relation à l'autre, sa dynamique et ses effets [52]. Respecter la personne qui souffre c'est en premier lieu accepter et assumer ce moment douloureux pour l'un comme pour l'autre, caractérisé par les sentiments d'impuissance, de dépendance, d'incommunicabilité et de fragilité [17]. La question de la vulnérabilité du thérapeute apparaît fondatrice de ce lien, et permet d'appréhender la relation en renonçant à cette tentation de « guidelines », et en mettant chez le praticien en avant ses compétences d'intuition, d'empathie authentique, d'ajustement ; compétences participant à la construction de l'alliance thérapeutique [53].

Il ne s'agit pas d'un renoncement, mais d'une conception différente des interventions plus classiques et premières. Ici, à côté des antalgiques, une ou plusieurs pratiques qui s'adressent de façon complémentaire au corps ont pour but premier un travail qui touche immédiatement à la dynamique somatopsychique de l'individu. Il s'agit de viser une approche d'emblée globale, intégrative [54], et donc de mettre en place un mouvement et des méthodes qui ne soient pas « crispés » sur la question de l'efficacité, sans exclure que cette dernière soit, en définitive, présente. Quand la douleur ne peut être totalement « résorbée, ni même comprise », le clinicien est invité à une « posture d'humilité et d'attention » [17].

Respecter la personne qui souffre c'est en premier lieu accepter et assumer ce moment douloureux pour l'un comme pour l'autre, caractérisé par les sentiments d'impuissance, de dépendance, d'incommunicabilité et de fragilité. La question de la vulnérabilité du thérapeute apparaît fondatrice de ce lien, et permet d'appréhender la relation.

Les tâches à effectuer pour atteindre ces buts

On présente souvent comme avantage à nombre de médiations corporelles (TENS, relaxation...) de pouvoir éveiller ou stimuler l'autonomie du patient par rapport à la prise en soins de sa douleur via des séances individuelles (auto-hypnose par exemple) ou de surveillance (moment où les clous d'auriculothérapie se détachent, changer ses comportements posturaux dans certaines situations, etc.). Il s'agit de tâches qui cependant, ont leur équivalence analogique, la mise en place des « doses de secours » médicamenteuses et de surveillance des effets bénéfiques et indésirables d'une prescription où il peut y avoir là aussi, une véritable stratégie en termes de gain d'autonomie [48].

La spécificité des tâches ne se situe finalement pas tant là, que dans ce qui se passe au sein même des séances. C'est dans ce contexte clinique, au regard de nombreuses études, que l'alliance thérapeutique prend toute son importance [35]. Les tâches qui nourrissent l'alliance thérapeutique non seulement s'installent en situation, mais elles s'y inscrivent de façon tangible par un temps spécifiquement dévolu à cela

(séance d'acupuncture, session de sophrologie, etc.) Cela ne signifie pas que rien ne se passe, avant ou après, qui puisse influencer l'alliance. En effet, ces temps se dessinent avec des pratiques et une temporalité qui leur est propre. Le travail autour de l'installation, les réponses demandées aux suggestions et qui conduisent à des visualisations, une décontraction d'une partie du corps, etc., sont objectivement et intentionnellement présents, car incorporés au sein même de ces pratiques.

Le lien affectif qui lie le patient et le praticien

La rencontre avec l'autre est porteuse en soi d'une demande de sens [55] qui pourrait se synthétiser par la question suivante : « que me veut l'autre ? ». Ce sens n'est pas forcément l'objet d'une élaboration spécifique, et cette élaboration est même rare en médiation corporelle.

Il apparaît maintenant assez clairement que les pratiques dont il est question ne sont que des variations autour du même thème, celui de la relation. La technique ne recouvre en effet qu'une part très congrue dans les effets observés, de l'ordre de 15 % [56], c'est bien une phénoménologie du lien qu'il s'agit de dessiner pour décrire ce que l'on nomme « rencontre » et la façon dont l'alliance thérapeutique va alors évoluer. Cette phénoménologie du lien met en avant la nature de la rencontre clinique, personnelle et circonstanciée, échappant à toute forme de systématisation et qui peut « bouleverser les plus efficaces protocoles » [17].

Toutes les pratiques à médiation corporelle n'ont pas encore donné lieu à une étude de la dimension affective mobilisée dans la relation à l'autre. Pour celles qui ont fait l'objet d'une telle étude (hypnose, relaxation, certains touchers thérapeutiques...), l'une des caractéristiques majeures reste qu'elles installent un moment de régression majeure et d'installation particulièrement rapide. Ainsi, dans l'hypnose, cette régression serait au cœur de la pratique, permettant ainsi à un patient de questionner l'ensemble de ses objets internes [57]. Dans les pratiques incluant le toucher, c'est désormais un truisme de considérer qu'elle réactive des expériences antérieures de maternage (les fameux *holdings et handling* de Winnicott, entre autres).

Les mouvements affectifs, bien qu'il faudrait que nous puissions observer les spécificités de chacune des pratiques dont il est question, semblent donc bien se jouer selon des modalités particulières qui, de fait, vont influencer sur la façon dont l'alliance thérapeutique va se dessiner et évoluer. C'est bien la place du corps dans les soins apportés par l'autre qui précipite ici une façon de penser et d'envisager autrement l'alliance thérapeutique comparées aux autres modalités de prise en soins.

Conclusion

Les visages de l'alliance en médiation corporelle

La nature singulière des médiations corporelles installe donc des aménagements dans les trois dimensions définies par Bordin, comme nous venons de le voir. Malgré tout, les grandes conclusions concernant une alliance thérapeutique restent valables.

Cette alliance est nécessairement en mouvement, avec un engagement premier du patient dans la relation tout à fait central (nécessitant sans doute une qualité d'accueil vigilante) et présentant des moments de tensions et de ruptures qui sont de véritables moteurs du changement (plus qu'une alliance jugée de part et d'autre « riche », mais sans ces circonvolutions parfois « négatives »).

L'alliance thérapeutique est un phénomène émergent d'une rencontre particulière mais elle est aussi le résultat d'un ajustement entre le déploiement de technique, d'une part, et le fonctionnement intrapsychique, d'autre part. L'alliance thérapeutique n'est pas à considérer comme un simple lien affectif, mais comme un ajustement complexe entre différents niveaux d'interactions.

La première conclusion concernant cette considération pour les visages que peut prendre l'alliance thérapeutique en médiation corporelle, est que l'on ne saurait extraire les pratiques dont il est question d'une dynamique plus vaste, celle d'une prise en charge duale mais aussi groupale autour de l'objet « douleur ». Ainsi, il serait difficile d'affirmer « telle pratique ne fonctionne pas, le patient n'accroche pas » sans avoir un regard sur ce qui se joue de façon plus vaste : que refuse exactement le patient ? Pourquoi « l'accroche », le lien, ne semble pas se faire ici ? Le plus généralement, selon notre clinique, ce type de refus est très rarement un épiphénomène. Une étude rétrospective menée à partir de 280 dossiers de patients suivis au sein de la structure douleur où nous avons exercé, montre que lorsqu'un refus de poursuivre au bout de trois séances d'hypnose s'exprimait, il s'agissait dans 97 % des cas d'une problématique concernant la prise en charge dans son ensemble, avec la nécessité de repenser globalement la prise en soins et les options thérapeutiques choisies [51]. La recherche a montré par exemple que les clients et les thérapeutes peuvent sous-déclarer les ruptures dans la relation de traitement en raison d'un manque de conscience ou de sentiments de malaise [58].

En seconde conclusion, on pourrait dire qu'une médiation corporelle ne se choisit pas au seul regard d'un type de symptôme. Il s'agit de questionner d'emblée la pertinence de ce qui a été évoqué pour le patient au regard de sa dynamique globale (désir, fonctionnement interne, possibilités matérielles...) et notamment au sein des réunions pluridisciplinaires rendues obligatoires [6]. Les médiations corporelles, au même titre que le choix d'adresser un patient vers un médecin spécialiste ou un psychothérapeute, sont des orientations qui demandent à être approfondies. Cette concertation initiale, incluant autant que possible le patient, ne peut que favoriser son investissement concernant le suivi qui lui sera proposé.

On a pu voir que l'alliance thérapeutique était à la fois une base indispensable à l'exploration et au changement thérapeutique. Les recherches ont pu montrer son implication et, surtout, sa supériorité face à ce qui reste cher aux praticiens comme leurs références théoriques ou les outils utilisés et dont ils évaluent depuis des années l'efficacité.

Des évaluations dans le champ de la psychothérapie ont par ailleurs montré que son évaluation prédisait les résultats de la thérapie et au-delà. Ceci démontre que l'alliance n'est pas un artefact de l'amélioration du patient, mais plutôt une force de changement en soi.

L'alliance thérapeutique est un phénomène émergent d'une rencontre particulière mais elle est aussi le résultat d'un ajustement entre le déploiement de technique, d'une part, et le fonctionnement intrapsychique, d'autre part. L'alliance thérapeutique n'est pas à considérer comme un simple lien affectif, mais comme un ajustement complexe entre différents niveaux d'interactions. Ce concept nous permet donc de comprendre que toutes les modalités de prise en soins sont prises dans une dynamique relationnelle qui améliorera ou diminuera son impact sur le vécu du patient.

Cette dynamique, cette évolution, est aussi pour partie fonction d'un cadre et des caractéristiques des méthodes employées. Dans le champ de la médiation corporelle, l'approche particulière à ces pratiques instaure un visage d'alliance d'emblée différent d'une relation s'installant dans un cadre orthodoxe d'entretien à visée d'évaluation de la douleur, ou d'une séance de psychothérapie par la parole par exemple. Le praticien doit pouvoir garder un certain regard sur ces caractéristiques à l'œuvre s'il souhaite mettre en place une alliance de qualité, c'est-à-dire avec une stabilité interne propice à des variations et tensions qui stimuleront le changement dès que possible, tant pour le patient que pour le praticien qui apprend ainsi de ses expériences de rencontres.

Contributions des auteurs

Maximilien Bachelart : rédaction de la version originale, validation de la versions actualisée.

Antoine Bioy : rédaction de la version originale, apports et supervision de la versions actualisée, et validation de la version actualisée.

Kristell Clerc : actualisation des ressources et rédaction de la version a actualisée.

Déclaration de liens d'intérêts

Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.

Références

- [1] Bioy A, Bachelart M. L'alliance thérapeutique : historique, recherches, et perspectives cliniques. *Perspect Psy* 2011;49(4):317–26.
- [2] Bioy A, editor. *L'aide-mémoire de psychologie médicale et de psychologie du soin*. Paris: Dunod; 2012.
- [3] Greenson R. The real relationship between the patient and the psychoanalyst. In: Kanzer M, editor. *The unconscious today*. New York: International Universities Press; 1971. p. 213–32.
- [4] Zetzel E. Current concepts of transference. *Int J Psychoanal* 1956;37:369–75.
- [5] Renik O. Analytic interaction: conceptualizing technique in light of the analyst's irreducible subjectivity. *Psychoanal Q* 1993;62:553–71.
- [6] Bordin ES. The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy* 1979;16:252–60.
- [7] Kinney M, Seider J, Beaty AF, Coughlin K, Dyal M, Clewley D. The impact of therapeutic alliance in physical therapy for chronic musculoskeletal pain: a systematic review of the literature. *Physiother Theory Pract* 2020;36(8):886–98.
- [8] Chvetzoff R, Laurent B, Baylot D, Chvetzoff G. Médecine scientifique et relation de soin : de l'alliance thérapeutique à l'effet thérapeutique de l'alliance. *Bull Cancer* 2021;108(9):837–42.
- [9] Despland J-N, de Roten Y, Martinez E, Plancherel A-C, Solai S. L'alliance thérapeutique : un concept empirique. *Med Hyg* 2000;58:1877–80.
- [10] de Roten Y. Ce qui agit effectivement en psychothérapie : facteurs communs ou agents spécifiques. *Bull Psychol* 2006;59:585–90.
- [11] Babatunde F, MacDermid J, MacIntyre N. Characteristics of therapeutic alliance in musculoskeletal physiotherapy and occupational therapy practice: a scoping review of the literature. *BMC Health Serv Res* 2017;17(1):375.
- [12] Crits-Christoph P, Connolly Gibbons MB, Hearon B. Does the alliance cause good outcome? Recommendations for future research on the alliance. *Psychotherapy* 2006;43(3):280–5.
- [13] Lambrette G. Mesure d'impacts d'une intervention systémique et stratégique : une étude pragmatique autour d'un cas d'addiction à l'alcool. *Psychotropes* 2019;25(1):91–113.
- [14] Horvath AO. The alliance. *Psychotherapy* 2001;38:365–72.
- [15] Safran JD, Kraus J. Alliance ruptures, impasses, and enactments: a relational perspective. *Psychotherapy* 2014;51(3):381–7.
- [16] Crom A, Paap D, Wijma A, Dijkstra PU, Pool G. Between the lines: a qualitative phenomenological analysis of the therapeutic alliance in pediatric physical therapy. *Phys Occup Ther Pediatr* 2020;40(1):1–14.
- [17] Hirsch E. Est-il une éthique du soin de la douleur ? *Rev Fr Ethiq Appl* 2019;7(1):120.
- [18] Jun JJ, Zoellner LA, Feeny NC. Sudden gains in prolonged exposure and sertraline for chronic PTSD. *Depress Anxiety* 2013;30(7):607–13.
- [19] McLaughlin AA, Keller SM, Feeny NC, Youngstrom EA, Zoellner LA. Patterns of therapeutic alliance: rupture–repair episodes in prolonged exposure for posttraumatic stress disorder. *J Consult Clin Psychol* 2014;82(1):112–21.
- [20] Flückiger C, Rubel J, Del Re AC, Horvath A, Wampold B, Crits-Christoph P, et al. The reciprocal relationship between alliance and early treatment symptoms: a two-stage individual participant data meta-analysis. *J Consult Clin Psychol* 2020;88(9):829–43.
- [21] Cheing G, Yong S, Chan F, Ditchman N, Brooks J, Chan C. Testing a path-analytic mediation model of how motivational enhancement physiotherapy improves physical functioning in pain patients. *J Occup Rehabil* 2014;24:798–805.
- [22] Linton SJ, Shaw WS. Impact of psychological factors in the experience of pain. *Phys Ther* 2011;91(5):700–11.
- [23] Burns JW, Higdon LJ, Mullen JT, Lansky D, Mei Wei J. Relations among patient hostility, anger expression, depression, and the working alliance in a work hardening program. *Ann Behav Med* 2008;21(1):77–82.
- [24] Leanne, Cianfrini, Richardson, Doleys. *Psychologie de la douleur pour les cliniciens*; 2017.
- [25] Bioy A, Lignier B. *Clinique et psychopathologie de la douleur*. Paris: Dunod; 2021.
- [26] Scott W, Milioto M, Trost Z, Sullivan MJL. The relationship between perceived injustice and the working alliance: a cross-sectional study of patients with persistent pain attending multidisciplinary rehabilitation. *Disabil Rehab* 2016;38(24):2365–73.

- [27] Gullen E. (s.d.). The pronostic value of working alliance on pain and functional outcomes in a young adult male with chronic neck pain; 2017. p. 11.
- [28] Bliss EL. The roles of attachment, depression, and the working alliance in predicting treatment outcomes in chronic pain patients seeking physical therapy services. Thèse non publiée pour le doctorat en philosophie, soutenue en décembre 2009. Faculté de l'Université de Miami; 2009.
- [29] Abdelmalek M, Chawla T, Dirani Z, Thompson C. The strength of the therapeutic alliance and its relationship to change in patient pain levels at the Bundoora RMIT Osteopathic teaching clinic. Poster présenté à la conférence nationale 2010 de l'Association Australienne d'Ostéopathie (AOA) par les étudiants en Master du Royal Melbourne Institute of Technology (RMIT). Melbourne, Australie; 2010.
- [30] Lakke SE, Meerman S. Does working alliance have an influence on pain and physical functioning in patients with chronic musculoskeletal pain; a systematic review. *J Compass Health Care* 2016;3(1):1.
- [31] Allegretti A, Borkan J, Reis S, Griffiths F. Paired interviews of shared experiences around chronic low back pain: classic mismatch between patients and their doctors. *Fam Pract* 2010;27(6):676–83.
- [32] Corbett M, Foster N, Ong B. Gp attitudes and self-reported behavior in primary care consultations for low back pain. *Fam Pract* 2009;26(5):359–64.
- [33] Diesfeld K. Interpersonal issues between pain physician and patient: strategies to reduce conflict. *Pain Med* 2008;9(8):1118–24.
- [34] Raichle K, Ehde D, Dillworth T, Sullivan-Singh S, Osborne T, Jensen M, et al. (518) Therapeutic alliance is associated with outcomes of psychosocial interventions for persons with chronic pain and disability. *J Pain* 2014;15(4):S105.
- [35] Fagundes FRC, de Melo do Espirito Santo C, de Luna Teixeira FM, Tonini TV, Cabral CMN. Effectiveness of the addition of therapeutic alliance with minimal intervention in the treatment of patients with chronic, nonspecific low back pain and low risk of involvement of psychosocial factors: a study protocol for a randomized controlled trial (TalkBack trial). *Trials* 2017;18(1):49.
- [36] Roussel P, Ammar D, Chevallier J, Derniaux A, Draussin G, Ginies P, et al. Grille d'évaluation de la qualité des entretiens avec le patient douloureux chronique. *Douleurs* 2008;9(1):29–33.
- [37] Taccolini Manzoni AC, Bastos de Oliveira NT, Nunes Cabral CM, Aquaroni Ricci N. The role of the therapeutic alliance on pain relief in musculoskeletal rehabilitation: a systematic review. *Physiother Theory Pract* 2018;34(12):901–15.
- [38] Slade C, Molloy E, Keating J. Listen to me, tell me: a qualitative study of partnership in care for people with non-specific chronic low back pain. *Clin Rehabil* 2009;23:270–80.
- [39] Rodríguez-Nogueira Ó, Leirós-Rodríguez R, Pinto-Carral A, Álvarez-Álvarez MJ, Morera-Balaguer J, Moreno-Poyato AR. The association between empathy and the physiotherapy–patient therapeutic alliance: a cross-sectional study. *Musculoskelet Sci Pract* 2022;59:102557.
- [40] Lux M, Zeller O, Soyez L, Gecer T. Les facteurs significatifs du cadre relationnel de la thérapie centrée sur la personne du point de vue des neurosciences. *App Cent Pers Prat Rech* 2021;31(1):21–45.
- [41] Douglass MA, Sanchez GM, Alford DP, Wilkes G, Greenwal JL. Physicians' pain management confidence versus competence. *J Opioid Manage* 2009;5(3):169–74.
- [42] Piguet V, Cedraschi C, Allaz AF, Desmeules J, Oestreicher MK, Perneger T, Dayer P. De la compliance à l'alliance thérapeutique. Expérience chez des patients souffrant de douleurs chroniques réfractaires. *Med Hyg* 1998;56(2204):766–70.
- [43] Fumagalli LP, Radaelli G, Emanuele L, Bertele P, Masella C. Patient empowerment and its neighbours: clarifying the boundaries and their mutual relationships. *Health Policy* 2015;119(3):384–94.
- [44] Moore AJ, Holden MA, Foster NE, Jinks C. Therapeutic alliance facilitates adherence to physiotherapy-led exercise and physical activity for older adults with knee pain: A longitudinal qualitative study. *J Physiother* 2020;66(1):45–53.
- [45] Minjard R. Chapitre 4. La dynamique relationnelle en douleur. In: Bioy A, editor. *Clinique et psychopathologie de la douleur*. Paris: Dunod; 2020. p. 39–48.
- [46] Bucci S, Seymour-Hyde A, Harris A, Berry K. Client and therapist attachment styles and working alliance. *Clin Psychol Psychother* 2016;23(2).
- [47] Lasnner J. Psychosomatique et douleur. *Cah Anesthésiol* 1972;20(1):7–11.
- [48] Bioy A, Nègre I. Prise en charge graduée du syndrome douloureux chronique. *Douleur Analg* 2001;3:169–74.
- [49] Bethea AR, Acosta MC, Haller DL. Patient versus therapist alliance: whose perception matters? *J Subst Abuse Treat* 2008;35(2):174–83.
- [50] Consoli M. Préface. In: Allaz AF, editor. *Le messenger boiteux : approche pratique des douleurs chroniques rebelles*. Genève: Médecine et Hygiène; 2003.
- [51] Bachelart M. L'approche intégrative en psychothérapie 2017.
- [52] Bioy A, Bénony H, Chahraoui K, Bachelart M. Evolution du concept d'alliance thérapeutique en psychanalyse, de Freud à Renik. *Evol Psychiatr* 2012;7(3):342–51.
- [53] Danan K. La vulnérabilité du thérapeute : un potentiel dans la relation thérapeutique. *Actualités en analyse transactionnelle* 2019;167(3):26.
- [54] Bachelart M, Bioy A, Bénony H. Les courants intégratifs en psychothérapie. *Ann Medicopsychol* 2011;169:485–9.
- [55] Aulagnier P. Un interprète en quête de sens. Paris: Payot; 1986.
- [56] Lambert MJ. *The handbook of psychology integration*. New York: Basic Books; 1992.
- [57] Palaci J. Empathie et relation. In: Stengers I, editor. *Importance de l'hypnose*. Le Plessis-Robinson: Les Empêcheurs de penser en rond; 1993. p. 219–30.
- [58] Safran JD, Muran JC, Eubanks-Carter C. Repairing alliance ruptures. *Psychotherapy* 2011;48(1):80–7.
- [59] Coutté A, Heurley LP, Bioy A. Hypnose, mémoire et cognition incarnée. *Intellectica* 2021;74:271–98.