



# Peut-on évaluer l'alliance thérapeutique en thérapie familiale systémique ?

Des cliniciens à l'épreuve de la recherche

Véronique Le Meur, Clémentine Treppoz, Claire Leguet, Denis Duval

DANS THÉRAPIE FAMILIALE 2013/2 Vol. 34 , PAGES 251 À 264

ÉDITIONS MÉDECINE & HYGIÈNE

ISSN 0250-4952

DOI 10.3917/tf.132.0251

Date de mise en ligne : 14/10/2013

Article disponible en ligne à l'adresse

<https://shs.cairn.info/revue-therapie-familiale-2013-2-page-251?lang=fr>



Découvrir le sommaire de ce numéro, suivre la revue par email, s'abonner...  
Scannez ce QR Code pour accéder à la page de ce numéro sur Cairn.info.



**Distribution électronique Cairn.info pour Médecine & Hygiène.**

Vous avez l'autorisation de reproduire cet article dans les limites des conditions d'utilisation de Cairn.info ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Détails et conditions sur [cairn.info/copyright](http://cairn.info/copyright).

Sauf dispositions légales contraires, les usages numériques à des fins pédagogiques des présentes ressources sont soumises à l'autorisation de l'Éditeur ou, le cas échéant, de l'organisme de gestion collective habilité à cet effet. Il en est ainsi notamment en France avec le CFC qui est l'organisme agréé en la matière.

# Peut-on évaluer l'alliance thérapeutique en thérapie familiale systémique ?

## Des cliniciens à l'épreuve de la recherche

Véronique Le Meur Psychologue, thérapeute familiale UAPF

Clémentine Treppoz Psychologue stagiaire UAPF

Claire Leguet Psychologue stagiaire UAPF

Denis Duval Psychologue, thérapeute familial UAPF

### Résumé

*Peut-on évaluer l'alliance thérapeutique en thérapie familiale systémique? Des cliniciens à l'épreuve de la recherche.* – Tenter d'évaluer ce qui précisément est au cœur de notre travail clinique, c'est-à-dire la relation qui se noue entre un système soignant et un système familial afin qu'ensemble nous redonnions à ceux qui sont venus nous trouver les capacités de changer. Voilà le défi que, nous cliniciens, nous étions donné.

### Introduction

Nous nous proposons de vous faire part d'une communication faite en atelier à la journée « Recherche et Evaluation en systémie » qui a eu lieu à Bruxelles, en 2012.

Le thème de cette intervention se centrait sur une recherche concernant la possibilité d'une évaluation de l'alliance thérapeutique. Pouvons-nous mesurer cette alliance? C'est-à-dire: est-il possible d'évaluer la qualité de ce qui se noue entre une famille et des thérapeutes?

A l'heure où il nous est souvent demandé de nous évaluer ou d'être évalué, nous avons essayé de répondre à ces questions. Nous sommes des cliniciens qui cherchons, mais pas des chercheurs. Pour autant, c'est la clinique qui questionne et ne doit pas cesser de nous questionner sur ce que nous faisons sur ce qui se passe entre ceux qui viennent à notre rencontre avec une demande et nous.

Nous partageons l'hypothèse communément admise que la qualité de cette alliance est un facteur prédictif de la bonne marche de la thérapie. Bien avant les réflexions sur les aspects techniques que comportent les thérapies familiales, la possibilité ou pas d'une rencontre entre le système soignant et le système familial est posée. C'est une question centrale majeure, qui nous interpelle au sens où c'est elle qui nous touche au plus près de notre humanité, bien au-delà de notre titre professionnel ou de nos connaissances théoriques. Avant d'en venir à l'exposé de notre recherche, situons notre cadre de travail.

Nous exerçons au sein d'un hôpital de jour pour adultes, à Paris. C'est un hôpital de jour qui n'est pas sectorisé et ne fait pas partie du secteur public. Sa spécificité prend son origine dans l'idée d'accueillir des situations plutôt que des individus. Son point d'entrée est une consultation familiale qui fait suite à un appel téléphonique dans notre unité, qui a donné quelques éléments de la problématique. Cette consultation familiale doit être portée par une demande évoquant une souffrance d'ordre psychiatrique pour un ou plusieurs membres de la famille. Nous recevons des situations qui sont généralement dans une impasse thérapeutique. Soit parce que les lieux de soins existants n'ont pu fonctionner, soit parce qu'il n'a même pas été possible de les rencontrer. Nous pensons ici à toutes ces situations où le système familial est enchevêtré, rigidifié, où nous sommes dans le « On » parce que le « Je » peine à être.

Donc, c'est ce « On » familial, que nous accueillons et c'est avec lui, avec sa participation active que nous allons construire conjointement un processus de soins. Ce processus de soins s'organise, se réfléchit, évolue au rythme des consultations familiales. L'hôpital de jour peut ainsi accueillir, à travers des contrats sur mesure, le patient désigné et sa famille – ou une partie de celle-ci – sur des temps plus ou moins longs. La consultation familiale peut aussi s'orienter en fonction de la nature de la demande vers une thérapie familiale dans un cadre ambulatoire. Nous répondons principalement à des demandes autour d'un patient adolescent ou jeune adulte dont l'évolution actuelle interpelle sa famille sans pour autant que nous soyons nécessairement d'un point de vue nosographique dans le champ de la psychose et dans la nécessité de recourir à une hospitalisation. Notre équipe est composée d'une dizaine de thérapeutes, pour certains à temps partiel. L'hôpital de jour peut admettre environ 25 situations dont beaucoup ont un contrat d'accueil personnalisé; parallèlement, nous menons environ 700 entretiens familiaux par an.

Pour ceux qui seraient intéressés par ce contexte de travail, nous avons publié un article dans cette revue en 2008. En 2012, nous avons choisi de nous intéresser plus particulièrement à la question de l'alliance thérapeutique. Plusieurs raisons président à ce choix.

D'une part, parce qu'une partie de la population que nous recevons est souvent, comme nous l'avons dit, dans une impasse, et que la suggestion qui leur a été faite de venir en famille est un peu la dernière idée parce que tout le reste a échoué. Donc la méfiance est pour le moins de mise et nous, thérapeutes, nous sommes prévenus. « Nous ne ferons pas mieux que les autres »! Il nous est essentiel de construire et de soigner une alliance avec la famille. Si cette famille parvient à nous entrouvrir sa porte, un courant d'air va se produire et un bout de chemin ensemble devient possible. C'est quand nous pouvons dire: « Yes we can! », qu'un verrou a sauté, un pont s'est établi, une aire d'échanges s'est créée, que nous avons noué une alliance thérapeutique. Celle-ci est une condition nécessaire mais pas suffisante pour amener des changements. Sans elle cependant, rien ne se passe.

D'autre part, et même si beaucoup d'écrits ont déjà été réalisés sur cette question, il n'en reste pas moins, qu'elle nous semble parfois bien oubliée, et qu'en particulier, en thérapie familiale systémique nous gagnerions à réfléchir à sa spécificité plus profondément. Il s'agit de s'allier avec tous et plus que cela avec le système familial.

Enfin, chaque année, nous accueillons au sein de notre unité plusieurs stagiaires, futurs psychologues cliniciens, qui terminent leur cursus universitaire par un stage clinique. Or, il nous a semblé au fil des ans, qu'il fallait les aider à se distancer d'un savoir universitaire souvent riche de connaissances théoriques chèrement acquises, mais qui *a contrario* pouvait faire obstacle à la rencontre dans sa spontanéité, son authenticité. Il est vrai qu'il y a quelque chose de paradoxal à leur demander de se dépouiller de leur savoir juste acquis, mais n'est-ce pas le chemin nécessaire pour rencontrer et écouter les autres ; c'est-à-dire interroger la question de l'être et de l'avoir en se souciant de mettre en valeur ce que nous sommes au-delà de ce que nous savons.

La spécificité et la complexité du concept d'alliance thérapeutique en thérapie familiale systémique résident principalement dans le fait, que nous sommes en présence de plusieurs personnes qui ont une histoire commune. A travers cette histoire commune, ce maillage relationnel si singulier qu'ils ont tressé au fil des ans, ils rencontrent des obstacles, des souffrances, des blocages, soit à propos de l'un d'entre eux qu'ils nous désignent, soit entre eux. En face d'eux, ils ont deux thérapeutes en l'occurrence un homme et une femme qui ont une histoire propre mais aussi une histoire commune. Nous sommes perçus comme ceux qui savent, ils sont ceux qui souffrent. Nous devons nous relier à chacun d'eux et à tous à la fois et même plus que cela au système familial, pour coconstruire cette zone intermédiaire dont parle Philippe Caillé, lieu d'évolution potentielle pour tous les protagonistes, thérapeutes y compris. Ils auront, sans le percevoir souvent comme tel, à nous rejoindre tels que nous sommes. Il y a une part de stratégie qui joue sur nos différences, nos complémentarités, nos désaccords, mais finalement c'est bien ce que nous sommes que nous donnons, pour qu'un système thérapeutique puisse voir le jour et qu'au travers de ce lien quelque chose change.

Nous postulons que du niveau initial de l'alliance, dépendra l'impact des interventions à venir. Le changement peut se produire notamment via la mise en crise mais aussi grâce aux recadrages, aux hypothèses avancées – confirmées ou infirmées – à la confrontation des modes de fonctionnement, à l'expérimentation de nouvelles modalités relationnelles et émotionnelles entre famille et thérapeutes, etc. Dès lors, si l'alliance est de bonne qualité, des moments de crises ou d'inadéquations entre les thérapeutes et la famille pourront plus facilement être dépassés. Ces moments sont souvent considérés comme de puissants facteurs de changement, mais ils supposent que l'alliance soit établie, pour ne pas menacer le cours de la thérapie.

Il faudra d'abord nous affilier,<sup>1</sup> c'est une chance, nous aimons danser, et nous vivons ces premiers entretiens comme une danse relationnelle. Allons-nous pouvoir

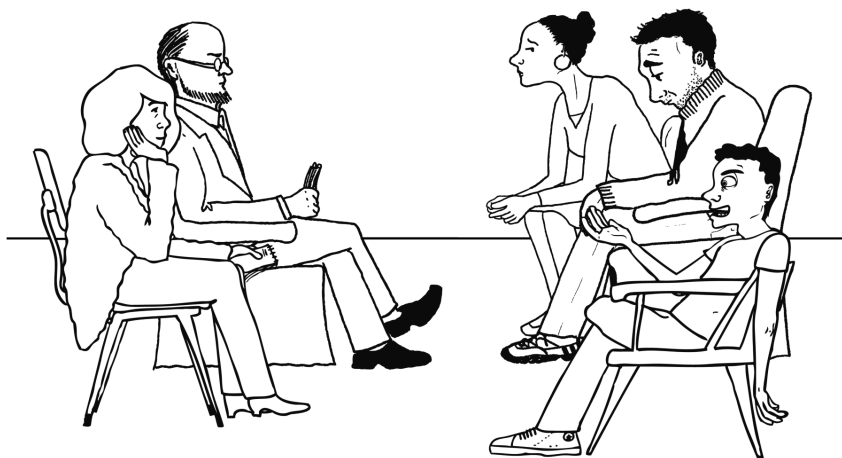
<sup>1</sup> Affiliation: définition: « s'affilier à un système familial revient à se faire adopter par la famille, pour un temps limité et dans une finalité précise, à partir d'un fil que la famille tend au thérapeute et avec lequel celui-ci va tisser un réseau de liens entre lui et les différents membres de la famille. Ce moment de rencontre préliminaire de la rencontre qui préside à l'installation de la relation est essentiel car il détermine l'évolution ». Alliance thérapeutique désigne comme mentionné dans le dictionnaire clinique des thérapies familiales systémiques (J.C. Benoit et al.): « le fait que plusieurs personnes se joignent afin de poursuivre le même but ou les mêmes intérêts afin d'adopter les mêmes attitudes ou les mêmes comportements ».

nous ajuster à leurs pas et eux aux nôtres ? Sommes-nous dans le bon rythme ? Parviendrons-nous à cette reconnaissance mutuelle qui établit la confiance libérant suffisamment la parole et le corps ?

Nous postulons que si les mots ont leur importance, c'est plutôt le langage analogique qui nourrit l'échange et plus spécifiquement peut-être le regard. C'est-à-dire les comportements qui transmettent des signaux d'engagement affectif (orientation, distance, mimiques des corps en séance, ton de la voix). Le flux émotionnel qui parcourt la séance participe étroitement à cet ajustement relationnel avec chacun et avec tous. Le rythme de la danse est très variable d'une situation à l'autre, elle nécessite une adaptation permanente à la musique familiale. Par ce mouvement affiliatif, nous pouvons espérer atteindre le niveau d'une alliance thérapeutique.

Pour nous cliniciens, l'idée de faire une évaluation de ce concept d'alliance thérapeutique nous paraissait bien compliquée tellement nous sommes ici dans la subjectivité et surtout dans l'intersubjectivité. Mais si nous sommes en accord sur l'importance de ce concept, tenter de l'évaluer est une autre histoire ; c'est celle que nous avons modestement entreprise.

Nous avons une file active d'une quarantaine de familles que nous recevons en moyenne une fois toutes les trois semaines. Compte tenu du temps partiel de nos deux stagiaires qui ont été présentes d'octobre 2011 à juin 2012 et de divers facteurs organisationnels, notre échantillon pour cette recherche a été de 18 familles.



## Présentation de la recherche

La recherche a pour premier objectif de répondre à cette question : peut-on mesurer l'alliance thérapeutique en thérapie familiale systémique et quelles sont les singularités de cette alliance ? L'alliance thérapeutique est un objet d'étude très en vogue et ce depuis plusieurs années ; il a donc été largement exploré mais essentiellement dans le contexte de la thérapie individuelle avec un seul thérapeute et un seul patient. Cette étude est construite sur le modèle d'une recherche scientifique standardisée visant à répondre à une hypothèse de départ : l'alliance thérapeutique en thérapie familiale systémique est mesurable et elle présente certaines singularités liées au nombre de personnes impliquées dans cette alliance. Nous avons trois hypothèses de travail : tout d'abord,

le fait d'être un couple de thérapeutes, homme-femme, peut faciliter cette alliance avec les familles. Ensuite, le patient désigné devrait se montrer plus allié aux thérapeutes que les autres membres de sa famille. Enfin, le nombre de séances joue en faveur de l'alliance thérapeutique.

Étant donné le peu de temps dont nous disposions et le peu de familles que nous avons pu inclure dans notre échantillon, il nous a été impossible de vérifier ces hypothèses. Cette étude est donc une étude pilote qui, si elle ne répond pas à nos hypothèses de départ, a été une source de surprises lors de l'analyse statistique des résultats et qu'il semblerait très intéressant d'approfondir.

Nous avons utilisé la traduction française du *Working Alliance Inventory – Short revised* (cf. annexe). Ce questionnaire en douze items cotés sur une échelle de Lickert en sept points est un questionnaire auto-administré qui évalue le degré d'alliance entre le patient et son thérapeute. Il existe donc en deux versions miroir : l'une pour le patient, l'autre pour le thérapeute. Plus grande est la relation entre les réponses données à ce questionnaire par les patients et par les thérapeutes et meilleure est l'alliance thérapeutique. Ce questionnaire présente de très bonnes qualités psychométriques, et notamment une bonne validité interne. De plus, cet outil recouvre toutes les dimensions de l'alliance thérapeutique en jeu en thérapie familiale et comprend trois parties : les objectifs, les tâches et le lien affectif. Il est lisible et facilement adaptable à la situation clinique de thérapie familiale.

Les familles volontaires étaient reçues avant une séance de psychothérapie par des psychologues stagiaires indépendantes de la thérapie. Un formulaire de consentement libre et éclairé leur était remis. Chacun des membres d'une famille répondait de manière individuelle au questionnaire. La passation durait une dizaine de minutes, en présence des stagiaires. Dans un même temps, les thérapeutes remplissaient dans une autre pièce la version miroir du questionnaire.

## Présentation des résultats

Au total, 18 familles ont participé à l'étude, soit 41 participants dont 21 femmes et 20 hommes. L'observation de la dispersion des scores a révélé un phénomène intrigant : les thérapeutes et les familles ont répondu de façons totalement différentes au questionnaire.

En effet, les items les plus cotés par les familles sont d'abord ceux qui concernent l'accord sur les objectifs (avec une moyenne de 20,33), puis l'accord sur les tâches et démarches (19,97), et le lien affectif vient en dernier (18,92). Concernant les réponses données par les thérapeutes, on observe le phénomène inverse : ils cotent plus favorablement le lien (22,03) puis l'accord sur les tâches (19,9) et en dernier l'accord sur les objectifs (18,93).

Ainsi, les familles se sentent globalement en accord avec les thérapeutes surtout concernant les objectifs poursuivis, un petit peu moins concernant les démarches et encore un peu moins quand il s'agit de la qualité de la relation, du lien affectif avec eux. Mais pour les thérapeutes, même si les écarts ne sont pas extrêmement importants, c'est tout l'inverse.

Les résultats obtenus au moyen du logiciel Statistica (version 10), en utilisant la méthode non paramétrique (au vu de la taille de l'échantillon) du *r* des rangs de Spearman, révèlent les corrélations (tableau 1).

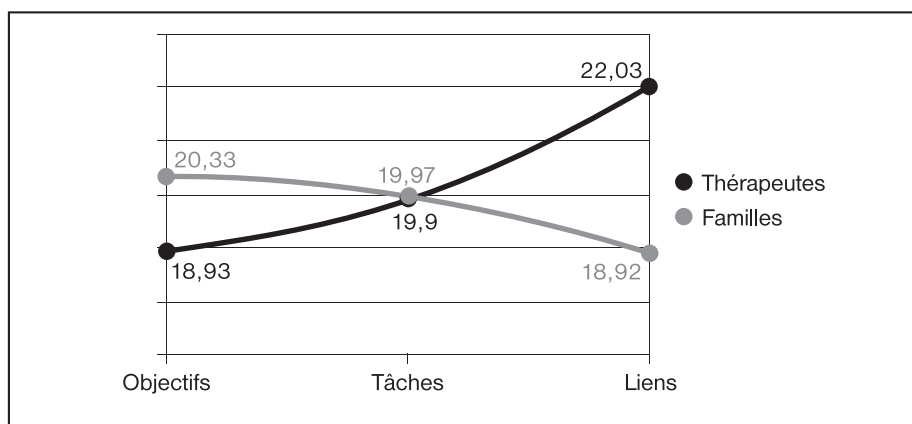


Figure 1. Cotation moyenne des dimensions de la WAI par les familles et les thérapeutes

Tableau 1. Relations entre les réponses à la WAI des thérapeutes et celles des familles

Variables	Objectifs TH	Tâches TH	Lien TH	TH
Objectifs FAM	<b>.69**</b>	-.69**	-.45	-.63*
Tâches FAM	-.64*	<b>.66*</b>	-.49	-.58*
Lien FAM	-.54*	-.55*	-.43	-.45
Total FAM	-.20	-.43	-.00	-.14

Coefficients de corrélations de rangs de Spearman. \* $p < .05$ ; \*\* $p < .005$ .

L'analyse corrélacionnelle montre un coefficient à 0,69, significatif après correction de Bonferroni ( $p < 0,005$ ), entre les réponses données par les thérapeutes et par les familles concernant les objectifs poursuivis de la thérapie. L'accord sur les tâches et démarches à entreprendre est également significatif, à 0,66, mais il ne l'est plus après correction. Concernant le lien affectif, le score n'est pas significatif. Nous pouvons l'expliquer par le rejet massif par de nombreuses personnes des items 3 et 7 (« Je pense que les thérapeutes m'aiment bien », « Je sens que les thérapeutes m'apprécient »), qui déclaraient souvent ouvertement être gênées par cette dimension et ne pas savoir comment y répondre.

Voici quelques exemples de réactions notées par les psychologues stagiaires lors de la passation : « Qu'est-ce que cette question vient faire là ? » ; « C'est tout à fait inapproprié ! » ; « Heureusement qu'il n'est pas question de ça, sinon ils ne pourraient pas nous aider ! » ; « Je ne comprends pas ce que ça veut dire, ce n'est pas ce que j'attends d'eux » ; « On ne vient pas là pour qu'ils nous aiment ! » ; « Je ne suis pas là pour tomber amoureux de mon psy ! Ça n'a aucun sens ! ». Cette traduction française du questionnaire a été élaborée par une équipe de chercheurs canadiens, des modifications de certains termes (dont nous avons tenu compte) ont été apportées suite à une concertation avec des chercheurs belges. Y a-t-il une différence culturelle, une spécificité française qui soit à l'origine de ce rejet ? Ou est-ce lié au contexte de la thérapie familiale ou encore au type de patients avec lesquels nous travaillons comme nous tentons de l'aborder plus loin ?

Pour certaines familles, le questionnaire a été rempli après moins de six séances avec les thérapeutes, peut-être était-ce un peu tôt.

## Réflexions sur ces résultats

En effet, les résultats de cette entreprise nous ont, quelque peu, dérouterés. Portés par cette folle ambition qui avait été la nôtre, présenter une recherche exploratoire sur l'alliance thérapeutique, nous nous attendions, bien naïvement sans doute, fort de notre idéal thérapeutique, à une concordance des résultats entre nos patients et nous, les familles et notre duo thérapeutique, autour de cette question.

Notre outil de recherche nous amène à réfléchir sur trois thématiques principales : les objectifs, les tâches et le lien affectif. Beaucoup d'auteurs ont souligné la multidimensionnalité de l'évaluation de la thérapie. Or on sait bien que pour une famille donnée, un résultat thérapeutique satisfaisant ne sera pas basé sur les mêmes critères que pour une autre. Certains se satisferont d'un changement significatif de comportement pour le patient désigné (une reprise des études par exemple) alors que pour d'autres, il s'agira surtout de maintenir une stabilité de ces comportements. C'est dire qu'à l'intérieur même d'une famille, les attentes des uns et des autres diffèrent !

En proposant cette étude, nous cherchions surtout à percevoir ce qui nous lie, nous, au sein du système thérapeutique – à savoir, le système soignant et le système familial pris dans une suite complexe d'interactions –, ce qui fonde cette alliance princeps et ce sur quoi elle repose. Notre objectif étant bien entendu de tenir compte des résultats obtenus afin d'affiner notre approche clinique future autour de cette question. C'était sans compter, avec ce résultat étonnant, cette croix où se croisent littéralement et visuellement nos réponses (tableau 1).

## Qu'en dire ?

Si les familles privilégient la variable « *objectifs* » de façon significative, à savoir tout ce qui concerne leurs attentes par rapport à une idée de changement à accomplir, d'amélioration de leur situation, en revanche, les items concernant le « *lien* » avec nous sont peu cotés, voire boycottés ! Nos collègues ont pu dire à quel point les membres des familles ont été surpris, gênés, parfois même choqués, par ces questions vécues comme intrusives dans leur vécu de la thérapie. C'était comme si, de fait, nous faisons apparaître le lien entre nous, et ainsi notre existence propre ! Comme si un tabou était révélé, levé, avec la demande d'en dire plus, d'en évaluer quelque chose. Cela a fonctionné comme une provocation de la part du thérapeute qui venait là chercher le patient sur le terrain de ses ressentis de la relation. Ce vécu de rejet a été si fort, qu'on peut imaginer qu'il est à l'image de la mise à distance supportable du thérapeute. L'injonction « Dites-nous ce que vous ressentez » est venue faire effraction et nous faisons l'hypothèse d'une similitude entre cette question et un trauma, c'est-à-dire, de ce qui n'est pas « contenable », ou de ce qui n'a pas été contenu et donc pas pensé dans les liens primaires d'attachements. Et qui, de fait, les amène en thérapie. Avec ces questions, nous

n'étions plus en place d'experts, à distance dans notre bulle de supposé savoir mais nous pouvions avoir des ressentis comme homme et femme vivants et éprouvants, des affects dans la relation proches des sentiments (négatifs ou positifs) si l'on s'en tient au signifiant « aimer ». Aujourd'hui, nous nous posons aussi la question de la pertinence de la traduction des items 3-5-7 en langue française et des aspects culturels de cette traduction, seule existante à ce jour. De notre côté, en revanche, forts de notre formation et de notre expérience clinique systémique, c'est bien au contraire ces items de liens que nous avons le plus fortement cotés. En effet, nous savons mais surtout nous ressentons au quotidien l'importance des premières rencontres sur le plan émotionnel. L'un comme l'autre, nous sommes très attentifs à notre vécu vis-à-vis de la famille, à nos contre-attitudes, à notre partialité multidirectionnelle. Nous croyons fermement à l'importance d'une affiliation thérapeutique avec la famille comme clef de voûte du travail à venir. Nous sommes attentifs à l'ambiance, aux résonances, à la confusion qui souvent nous gagnent en séance, au parlé, aux mimiques, à la gestuelle, aux attitudes en miroir avec le fonctionnement familial, à notre relation qui s'anime différemment en fonction de telle ou telle famille et nous en jouons ; nous l'utilisons comme principal levier thérapeutique. Et c'est là, la limite de notre modeste recherche.

Ce n'est pas tant l'affiliation dans toute sa spécificité que nous mesurons ici mais bien l'alliance thérapeutique avec d'autres paramètres en jeu et en question que ceux du *lien*.

C'est la variable « *objectifs* » qui fut fortement plébiscitée par les familles et celles des *tâches* sur lesquelles, famille et thérapeutes se retrouvent. Les tâches concernent, dans l'intitulé des items, les démarches entreprises pour atteindre les objectifs de la thérapie mais sont aussi à la croisée avec le « *lien* » dans l'idée de confiance mutuelle (terme que l'on retrouve dans les intitulés).

Pour revenir aux questions concernant le *lien*, nous souhaitons établir une corrélation avec la question de la qualité de l'attachement dans la qualité de l'alliance thérapeutique, comme l'a si bien revisité M. Delage. La théorie de l'attachement comme nous l'a montré Bowlby, entre autres, est une théorie relationnelle centrée sur des observations relationnelles. La qualité de l'attachement parle de la sécurité affective première de l'individu, sécurité qui permet ensuite une ouverture au monde et aux autres. On sait que de sécurisée à insécurisée en passant par des types d'attachement intermédiaires, chacun de nous possède un style d'attachement qui influe sur nos relations. De même, dans les familles, différents styles relationnels sont en jeu, eux-mêmes résultant d'une combinaison complexe de différents styles d'attachement de chaque partenaire de la relation, combinés au style d'attachement des thérapeutes, nous voici dans une circularité bien complexe ! Il nous paraît pertinent d'utiliser cette théorie dans la compréhension des mécanismes à l'œuvre dans les relations qui se nouent au sein même du système thérapeutique.

Nous faisons l'hypothèse au vu de nos résultats concernant le lien, que les familles que nous recevons ont pour la plupart une base de sécurité affective de type insécurisée (préoccupé, détaché, désorganisé) et que, dans ce contexte, leur nécessité de constituer un espace privé intime rend plus difficile encore l'acceptation d'une ouverture. Ces systèmes familiaux sont peu enclins à la confiance en l'autre, se méfient d'autrui.

Nous pensons par exemple à cette famille (fortement réactive au questionnaire) vivant en autarcie avec un fils de 24 ans à la maison sans familles, ni amis,

depuis des années. Le fils, clinophile, viendra nous rencontrer au début avec des angoisses si fortes qu'elles le faisaient vomir et souffrir d'insomnies plusieurs jours avant nos rendez-vous. « Nous ne voulons pas parler de nous, nous disaient-ils d'une seule voix au début de nos entretiens (...). Trouvez une solution pour notre fils qui reste seul à la maison toute la journée et qui n'arrive même pas à aller acheter le pain! ». Peu à peu alors que le lien se tissait dans une confiance réciproque, le système familial s'est ouvert au nôtre. Les venues sont toujours difficiles mais le jeune homme, après deux ans, vient nous voir seul, et commence des démarches d'insertion professionnelle!

Pourquoi était-il si difficile, voire dangereux pour ces familles de reconnaître qu'un lien entre eux et nous existait? Reconnaître le lien, c'est prendre le risque d'un attachement, attachement qui, selon leur expérience de vie, peut se disloquer, c'est prendre le risque de la séparation avec toute sa cohorte d'angoisses et d'abandons. Cela viendrait-il raviver des expériences traumatiques d'amour abusif ou d'amour donné avec des messages paradoxaux? Toutes les réactions fortes de rejet nous parlent de cette insécurité affective de base, nous renseignent sur l'importance dès lors du positionnement du thérapeute. Celui-ci se doit d'être à l'écoute des insécurités qu'éveillent en lui les styles relationnels qu'il perçoit afin de les utiliser au mieux pour offrir une base de sécurité provisoire à la famille et à chacun. Ceci implique un travail centré sur la résonance et l'empathie.

Cette étude nous amène plus que jamais à penser notre positionnement comme essentiel dans un processus émotionnel avec les familles. Nos interventions, toutes nos interventions, participent à modifier des styles relationnels d'attachement primaire. Elles amènent à expérimenter d'autres styles relationnels intersubjectifs, et aussi comme nous le voyons souvent, à panser les blessures précoces d'attachement en offrant une base sécuritaire de relation. Et c'est bien là le sens de notre travail!

La famille représente la boussole qui nous oriente et même plus, le sextant qui nous guide puisqu'en grec, cybernétique signifie « action de diriger un bateau ». Le seul point de vue certain de l'évaluation de notre travail est celui des sujets qui construisent la relation thérapeutique. La seule mesure pertinente des résultats obtenus est l'évaluation des membres de la famille qui en tant qu'êtres humains compétents nous informent sur les vécus d'attentes, d'améliorations ou d'aggravations de la situation. La demande d'aide que les familles nous adressent en tant qu'experts n'est pas une donnée négligeable, mais une donnée à prendre en grande considération et avec le plus grand respect éthique. Nous faisons confiance aux compétences de la famille, plus fiable que quiconque lorsqu'il s'agit de mesurer le bien-être de ses membres. C'est bien la rencontre qui rend possible le travail thérapeutique et nous avons observé qu'à chaque fois que ce dernier n'avait pu se faire, c'est que cette rencontre n'avait pas vraiment eu lieu. Le sextant était cassé, le voilier dérivait. Le capitaine et son équipage échouaient.

En revanche c'est bien la rencontre en elle-même qui nous ouvre la voie vers l'autre et nous permet à nous thérapeutes de proposer une tâche incongrue, une hypothèse étonnante, un recadrage provoquant.

Evidemment, les suites à cette recherche sont nombreuses, les rivages attrayants, les sirènes tentantes. Nous pourrions augmenter le nombre des familles, ouvrir sur l'attachement, ou construire un autre questionnaire. Cette expérience nous invite à prolonger notre propos vers d'autres études, à nous rapprocher d'enseignants-chercheurs.

## Conclusion

Nous voudrions retenir de cette recherche, quelques constatations et observations, qui concernent notre clinique avec des personnes en grande souffrance.

Rappelons d'abord cette évidence : l'alliance entre la famille et nous-mêmes doit demeurer notre premier objectif, afin de nous donner les moyens de répondre à leurs objectifs et de mettre en place un terrain favorisant le changement.

L'alliance se noue au long des premières séances dans les échanges autour du cadre de la thérapie et des objectifs de celle-ci. Nous, les thérapeutes, sommes dans une attitude d'écoute active et dans une recherche d'affiliation avec la famille et les différents membres qui la composent afin de nouer une alliance thérapeutique. En thérapie familiale, une des spécificités se situe dans le caractère multidimensionnel de cette alliance que nous cherchons à établir. Dans cette étude, nous avons été frappés de constater les réactions d'étonnement, voire de rejet par la famille, des items concernant plus particulièrement le lien aux thérapeutes. Notre hypothèse est que dans notre patientèle, la peur de trop de proximité (méfiance notamment par rapport au mot « s'aimer » entre thérapeutes et patients dans la relation thérapeutique) est probablement typique de ces familles gravement perturbées (traumatismes précoces, troubles de l'attachement, problématiques d'ordre psychotique). C'est justement parce que les liens précoces sont « insécures » que la relation thérapeutique est d'autant plus importante pour mettre en place un espace sécurisé et par là, favoriser des expériences correctrices.

Une fois que cette alliance est fonctionnelle, c'est-à-dire que s'est créé un système thérapeutique, elle demeure consciente et activement stratégique pour nous, tout en se combinant avec ce que nous sommes, c'est-à-dire aussi avec nos résonances. Par contre, elle aurait plutôt tendance à être inconsciente pour la famille qui se centre, elle, sur sa demande d'aide.

Le système familial établirait un lien avec les thérapeutes dont la nature doit rester suffisamment floue pour qu'il puisse rester lui-même sans devenir dépendant, ni s'aliéner.

Le système thérapeutique fonctionne à travers une alliance qui ne dit pas son nom, tout en étant un des leviers principaux de la thérapie ; il poursuit l'objectif non déclaré de rendre à la famille ses compétences.

Établir ce lien avec nous dépend pour la famille de sa capacité à nouer des liens avec l'extérieur. Ceci renvoyant à la qualité des liens d'attachement vécus précédemment par chacun de ses membres. Nous pouvons dire la même chose pour les thérapeutes à la différence importante qu'eux sont censés en être conscients et l'avoir mis au travail pour eux-mêmes.

Ceci étant, dans notre clinique, nous rencontrons deux écueils possibles à propos de l'alliance thérapeutique :

1. une alliance qui ne parvient pas suffisamment à s'établir ;
2. une alliance qui devient une dépendance consciente ou non au système thérapeutique.

Ces écueils interrogent tout autant le système soignant que le système familial quant à sa participation à cette impasse. Nous, thérapeutes, devons avoir ce souci de la qualité du lien, dès les premiers instants de la rencontre, c'est le mouvement d'affiliation, et il est au fond logique que la famille ne l'ait pas. Ils ne sont pas venus pour cela ! Pour nous, c'est le premier objectif, celui de nous donner les moyens de les aider. Pour eux, ils sont venus avec une demande et peu

importe les moyens que nous utilisons pour répondre à cette demande du moment qu'ils estiment que quelque chose a changé. Bien évidemment, la façon dont ils sont accueillis est très importante, mais ce n'est pas activement conscient c'est d'autre chose dont ils veulent nous entretenir. Notre recherche montre que le système thérapeutique se construit sur ce dialogue en partie virtuel.

La famille: « Aidez-nous. »

Les thérapeutes: « Lions-nous pour vous aider. »

La famille: « Oui mais n'en parlons presque pas. »

En résumé, établir un lien avec eux est notre préoccupation première, leur problème est leur préoccupation principale. L'alliance qui s'établit ensuite fonde le système thérapeutique, instance au travers de laquelle pourront se produire les changements dans le fonctionnement familial. Au terme de ces considérations, nous voudrions ajouter que mener une recherche, quand au fil des jours nous sommes plongés dans une clinique souvent complexe et parfois bien lourde, ne va pas de soi. Si nous demeurons des apprentis chercheurs, ce travail nous aura obligés à nous regarder fonctionner en acceptant d'être nous-mêmes un des objets de la recherche, ce qui nous aura, nous aussi, fait évoluer.

La pratique clinique systémique a tout à gagner à multiplier ce travail de recherche sur le terrain afin de mieux définir ces modes d'action et la spécificité de son approche.

#### Correspondance :

Véronique Le Meur  
SPASM/UAPF  
31, rue de Liège  
75008 Paris  
France  
uapf@spasm.fr

## Bibliographie

1. Ausloos G., 1995. *La compétence des familles. Temps, chaos, processus*. Les Editions Erès, Paris.
2. Bantman P., 1997. L'alliance thérapeutique avec la famille. *Editorial Synapse*, 135.
3. Benoit J.-C., et al., 1988. *Dictionnaire clinique des thérapies familiales systémiques*. Les Editions ESF, Paris.
4. Corbières 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.
5. Duriez N., 2002. Proposition pour une modélisation de l'affiliation. *Génération*, 25, 59-62.
6. Joubin D., Ayrault M.C., Garcia Orad I., Molko M., Duval D., Le Meur V., 2008. Psychoses, familles, institutions : de l'enchevêtrement vers la désintringation. *Thérapie familiale*, 4, 29.
7. Kabuth B., 2003. Hôpital de jour, alliance thérapeutique et évolution clinique : évaluation longitudinale de 33 familles pendant deux ans. (Thèse de doctorat, Université de Nancy 2, Nancy). Repéré à [http://cyberdoc.univnancy2.fr/htdocs/docs\\_ouvert/doc242/2003NAN21012\\_1.pdf](http://cyberdoc.univnancy2.fr/htdocs/docs_ouvert/doc242/2003NAN21012_1.pdf)

8. Munder T., Wilmers F., Leonhart R., Linster H. W., Barth J., 2010. Working Alliance Inventory-Short Revised (WAI-SR): Psychometric properties in outpatients and inpatients. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 17, 3, 231-239.
9. Rogers C., 1970. *La relation d'aide et la psychothérapie*. Les Editions ESF, Paris.

## Abstract

*Is it possible to evaluate therapeutic alliance in systemic family therapy? Research challenge for clinicians.* – An attempt to evaluate the matter that lies at the heart of our clinical work, i.e. the relationship formed between a healing system and a family system so that together we give back the capacity to change to those who came looking for us. Such is the challenge that we as clinicians gave ourselves.

## Resumen

*Se puede evaluar la alianza terapéutica en terapia familiar sistémica? Psicoterapeutas clínicos ante el reto de la investigación.* – ¿Es evaluable la alianza terapéutica? Los clínicos probando la investigación. Intentar evaluar el núcleo de nuestro trabajo clínico, es decir, la relación que se constituye entre el sistema terapéutico y el sistema familiar, para que juntos ayudemos a los que viene a vernos medios de encontrar sus capacidades para cambiar. Este es el desafío que nosotros desde nuestra identidad de clínicos nos hemos dado.

## QUESTIONNAIRE FAMILLE





# Famille

**Consigne :**

Voici plusieurs énoncés qui décrivent de différentes façons ce qu'une personne pourrait penser et ressentir à propos de l'équipe de soignants qui la suit.

Si l'énoncé décrit **toujours** la façon dont vous pensez ou vous vous sentez, veuillez encadrer le nombre **7**. Si cela ne s'applique **jamais** à vous, encadrez le nombre **1**. Vous pouvez ainsi encadrer les nombres entre ces deux extrêmes pour indiquer les variations.

Énoncés	Jamais	Rarement	Occasionnellement	Parfois	Souvent	Très souvent	Toujours
1. Les thérapeutes et moi, nous nous entendons sur les étapes à suivre pour améliorer notre situation	1	2	3	4	5	6	7
2. Les thérapeutes et nous avons tous confiance dans la bonne marche de la thérapie	1	2	3	4	5	6	7
3. Je pense que les thérapeutes m'aident bien	1	2	3	4	5	6	7
4. J'ai des doutes à propos de ce que nous essayons d'accomplir lors de nos entretiens	1	2	3	4	5	6	7
5. Je pense que nos thérapeutes sont capables de nous aider	1	2	3	4	5	6	7
6. Nous poursuivons les objectifs sur lesquels nous nous sommes entendus	1	2	3	4	5	6	7
7. Je sens que les thérapeutes m'apprécient	1	2	3	4	5	6	7
8. Nous sommes d'accord sur ce qu'il est important de travailler en séance	1	2	3	4	5	6	7
9. Nos intervenants et moi avons réussi à développer une confiance réciproque	1	2	3	4	5	6	7
10. Les thérapeutes et moi avons des perceptions différentes sur ce que sont nos problèmes	1	2	3	4	5	6	7
11. Nous avons établi une bonne compréhension mutuelle quant aux changements ou à l'évolution qui nous seraient bénéfiques	1	2	3	4	5	6	7
12. Je crois que ce que nous faisons pour résoudre notre problème est adéquat	1	2	3	4	5	6	7

## QUESTIONNAIRE THÉRAPEUTES

     
 # Famille
**Consigne :**

Voici plusieurs énoncés qui décrivent de différentes façons ce qu'une personne pourrait penser et ressentir à propos de l'équipe de soignants qui la suit.

Si l'énoncé décrit **toujours** la façon dont vous pensez ou vous sentez, veuillez encercler le nombre 7. Si cela ne s'applique **jamais** à vous, encadrez le nombre 1. Vous pouvez ainsi encercler les nombres entre ces deux extrêmes pour indiquer les variations.

Énoncés	Jamais	Rarement	Occasionnellement	Parfois	Souvent	Très souvent	Toujours
1. La famille et moi nous nous entendons sur les étapes à suivre pour améliorer la situation	1	2	3	4	5	6	7
2. La famille et moi avons confiance dans la bonne marche de la thérapie	1	2	3	4	5	6	7
3. Je pense que la famille m'aime bien	1	2	3	4	5	6	7
4. J'ai des doutes à propos de ce que nous essayons d'accomplir lors de nos entretiens	1	2	3	4	5	6	7
5. J'ai confiance en mes capacités d'aider la famille	1	2	3	4	5	6	7
6. Nous travaillons à l'atteinte des buts sur lesquels nous nous sommes entendus	1	2	3	4	5	6	7
7. J'apprécie les membres de cette famille en tant que personnes	1	2	3	4	5	6	7
8. Nous nous entendons sur ce qui est important de travailler en séance	1	2	3	4	5	6	7
9. La famille et moi avons développé une confiance mutuelle	1	2	3	4	5	6	7
10. La famille et moi avons des idées différentes sur ce que sont leurs vrais problèmes	1	2	3	4	5	6	7
11. Nous avons établi une bonne compréhension mutuelle quant aux types de changements qui seraient bénéfiques pour cette situation	1	2	3	4	5	6	7
12. La famille croit que ce que nous faisons pour résoudre leurs problèmes est adéquat	1	2	3	4	5	6	7