

Université de Genève
Faculté de Psychologie et des Sciences de l'Éducation
Section de Psychologie

**Diplôme d'Études Supérieures Spécialisées en Psychologie
Clinique**

**Rôle du style d'attachement et de
l'alliance thérapeutique dans l'adhésion
aux indications de traitement
psychologique**

Juin 2006

Noémie Corpataux
Directrice de recherche : Prof. Ch. Robert-Tissot
Maître de stage : P. Moiroud

Table des matières

<u>I. Introduction</u>	1
<u>II. Cadre Théorique</u>	3
1. Les étudiants : une population particulière ?	3
2. L'attachement chez l'adulte	6
2.1 La théorie de l'attachement	6
2.2 Le style d'attachement chez l'adulte	8
2.3 Modèles internes opérants d'attachement	11
2.4 Evaluation de l'attachement chez l'adulte	14
2.5 Apport de la théorie de l'attachement au processus thérapeutique	17
3. L'alliance thérapeutique	20
3.1 Evolution du concept d'alliance thérapeutique	20
3.2 Rôle de l'alliance thérapeutique	22
3.2.1 Alliance thérapeutique et résultats du traitement	22
3.2.2 Alliance thérapeutique et rupture du traitement	24
3.3 L'alliance thérapeutique au cours du traitement	25
3.4 Facteurs influençant l'alliance thérapeutique	27
3.5 Evaluation de l'alliance thérapeutique	30
4. L'attachement et l'alliance thérapeutique	32
5. Facteurs liés à l'adhésion au traitement	36
6. Hypothèses théoriques	38
<u>III. Méthode</u>	42
1. Population	42
2. Procédure	43
3. Instruments	44
3.1 L'Adult Attachment Questionnaire	44
3.2 L'Helping Alliance Questionnaire	45
3.3 Le questionnaire d'adhésion	45

4. Opérationnalisation	46
4.1 Variable dépendante	46
4.2 Variables indépendantes	47
4.3 Variables contrôlées et neutralisées	48
4.4 Hypothèses opérationnelles	48
5. Considérations éthiques	49
IV. Résultats	50
1. Caractéristiques des sujets	50
2. Le style d'attachement	52
3. L'alliance thérapeutique	54
3.1 L'alliance thérapeutique évaluée par le patient	54
3.2 L'alliance thérapeutique évaluée par le thérapeute	56
3.3 Comparaison des deux évaluations	58
4. Satisfaction des patients et adhésion aux indications de traitement	59
4.1 Satisfactions des prestations du CCP	59
4.2 Adhésion aux indications de traitement	61
5. Adhésion aux indications de traitement et style d'attachement	62
6. Adhésion aux indications de traitement et alliance thérapeutique	63
7. Alliance thérapeutique et style d'attachement	65
V. Discussion et Conclusions	67
1. Population	67
2. Adhésion aux indications de traitement psychologique	67
3. Le style d'attachement	68
4. L'alliance thérapeutique	69
5. Style d'attachement et alliance thérapeutique	71
6. Limites de la recherche	72
7. Implications cliniques	73
VI. Bibliographie	75
VII. Annexes	

I. Introduction

Dans le cadre du DESS en psychologie clinique, j'ai effectué un stage d'une année au Centre de Conseil Psychologique de l'Université de Genève (CCP). Il s'agit d'un service universitaire proposant aux étudiant(e)s un espace de consultation pour des demandes concernant des problématiques d'ordre psychologique. Les étudiant(e)s peuvent bénéficier de un ou de plusieurs entretiens (trois en moyenne) afin de comprendre et de clarifier leurs demandes, leurs attentes, leurs problématiques, ainsi que leurs ressources. Souvent, quelques entretiens suffisent à améliorer la compréhension des difficultés rencontrées et à atténuer les conflits internes. Cependant, certains étudiant(e)s sentent le besoin d'un soutien plus prolongé. La mission du CCP consiste alors à orienter l'étudiant(e) vers l'approche thérapeutique qui lui convient le mieux.

Durant l'année 2003, le CCP a reçu 243 étudiant(e)s, soit 79 hommes et 164 femmes de 25 ans d'âge moyen et 617 entretiens y ont été menés durant cette année.

En ce qui concerne les motifs de consultation, 68,7% des étudiants ont consulté pour des difficultés concernant leur vie privée (problèmes dans les relations sociales, sentimentales et professionnelles, dépression, problèmes d'alimentation, de sommeil...), 44% pour une problématique en lien avec leur vie d'étudiant (stress face au études et aux examens, échec dans les études), 2,8% pour des questions concernant l'orientation de leurs études et enfin 3.3% pour d'autres problèmes.

A l'issue des entretiens, **38%** (N = 92) des étudiants ont bénéficié d'une indication de traitement psychologique à l'extérieure du CCP, c'est-à-dire qu'ils ont soit obtenu des coordonnées de thérapeutes exerçant en cabinet privé, soit ils ont été orientés vers un autre service public. Il faut noter que parmi ceux-ci 48,9% ont été orientés vers des thérapeutes ayant une approche psychanalytique, 34.8 % vers des thérapeutes ayant une approche cognitivo-comportementale, 7.6% en psychothérapie psychodynamique brève et 5,4% en thérapie centrée sur la personne. Les autres sujets ont été orienté en psychanalyse, ont participé à des ateliers, ont été orienté vers un autre service public etc.

Il est important de noter que 85% des étudiant(e)s ayant consulté le CCP en 2003 se considèrent comme très satisfaits de leur démarche ainsi que de l'aide reçue.

Dès le premier entretien, l'étudiant est informé du fait qu'il ne pourra bénéficier que d'un nombre limité d'entretiens. Pour la majorité des étudiants cela ne posait pas de problème. Un certain nombre d'entre eux se disaient tout de même déçus de ne pas pouvoir continuer la démarche de soin qu'ils avaient entreprise au CCP, mais acceptaient sans trop de difficultés qu'on les oriente vers un autre thérapeute. Néanmoins, certains étudiants rencontraient de plus grandes difficultés lorsqu'il s'agissait de « quitter » le ou la psychologue qu'ils avaient rencontré au CCP pour consulter une autre personne. La séparation devait alors être travaillée avec l'étudiant(e)s.

Confrontée à la souffrance de certains étudiants face à la séparation, je me suis beaucoup questionnée : Que se passe-t-il donc durant ces quelques entretiens ? Peut-il déjà y avoir un lien fort qui se crée avec le thérapeute ? Cette difficulté peut-elle être expliquée par l'histoire personnelle de l'étudiant(e) ? Va-t-il/elle alors suivre les indications de traitement qu'on lui a proposé ?

Comme nous l'avons mentionné plus haut, environ 40% des étudiant(e)s qui ont consulté le CCP en 2003 ont bénéficié d'une indication de traitement psychologique à l'issue des entretiens, mais ont-ils suivi ces indications ? Si ce n'est pas le cas, quelles en sont les raisons ? Sont-elles liées à la façon dont l'étudiant gère ses relations intimes ou encore à ce que celui-ci a éprouvés à l'égard du thérapeute ? La recherche présentée ici a pour but de répondre à ces questions et de comprendre quels sont les facteurs pouvant influencer le suivi des indications de traitement psychologique faites à l'issue des entretiens au CCP. Afin de répondre de façon plus précise à ces questions, nous avons fait le choix d'étudier l'influence du style d'attachement de l'étudiant et de la qualité de l'alliance thérapeutique sur l'adhésion aux indications de traitement psychologique proposée au CCP.

II. Cadre théorique

Dans un premier temps, ce chapitre aborde la santé psychologique des étudiants de l'Université de Genève durant l'année 2004, ainsi que les problèmes auxquels doivent faire face les étudiants.

Nous nous intéresserons ensuite à la théorie de l'attachement chez l'adulte. Plus particulièrement nous parlerons des styles d'attachement, des « modèles internes opérants » ainsi que des instruments permettant son évaluation. Enfin, nous verrons quels peuvent être les apports de la théorie de l'attachement au processus thérapeutique.

Nous aborderons ensuite le thème de l'alliance thérapeutique en commençant par l'évolution de ce concept, son rôle, son évolution au cours du traitement ainsi que les facteurs susceptibles de l'influencer.

Enfin, dans la dernière partie, la question des facteurs favorisant l'adhésion au traitement sera discutée.

1. Les étudiants : une population particulière ?

Dans un rapport du département de Sociologie de l'Université de Genève portant sur les conditions de vie de 1696 étudiants de cette Université durant l'année 2004, Stassen et al. (2004), notent qu'une bonne partie des étudiants souffrent d'un certain stress décelable à travers un état de fatigue et de nervosité apparente. Ils constatent que trois groupes se constituent autour du degré d'intensité des problèmes de santé psychologique. Il ressort ainsi de cette analyse que 35 % des étudiants n'éprouvent aucun (ou presque aucun) problème de santé psychologique, alors que 20 % font face un état de stress, d'anxiété, voire de dépression, état qui a également des effets somatiques ou qui amène à une réduction de l'estime de soi. Il apparaît finalement que 45% des étudiants décrivent un état de santé psychologique intermédiaire.

Dans cette étude, il apparaît très nettement que les étudiants se distinguent quant à leur état de santé selon le sexe, les femmes étant nettement plus nombreuses que les hommes à ressentir des troubles ou des problèmes de santé psychologique. En effet, trois fois plus de femmes que d'hommes éprouvent d'importants problèmes de santé physique et mentale, alors que deux fois plus d'hommes que de femmes disent n'éprouver aucun problème. Il faut toutefois

relever que la Faculté des Lettres et la Section de Psychologie de l'Université de Genève se caractérisent par un plus grand nombre d'étudiants éprouvant d'importants problèmes de santé. Pour les auteurs, il ressort que l'Université peut être une source de stress certaine, mais ils émettent cependant l'hypothèse, qu'elle n'est pas l'unique cause de ces problèmes.

Par rapport aux conditions de vie des étudiants, il ressort de cette étude que les écarts les plus importants au niveau de l'état de santé psychologique se situent d'une part entre les étudiants rattachés au type de la «difficile indépendance» caractérisé par un détachement parental, tant au niveau de l'entretien total que du domicile et d'autre part ceux reflétant le type de l'«indépendance assumée» caractérisé lui aussi par un détachement parental, mais avec un niveau de vie plus favorablement perçu par l'étudiant. L'évaluation par les étudiants de leur état de santé révèle ainsi que le type de la «difficile indépendance» est celui qui réunit les étudiants se disant en moins bonne santé que leurs homologues bénéficiant de conditions de vie plus favorables.

Quels sont donc les problèmes auxquels doivent faire face les étudiants ? D'un point de vue sociologique, l'adolescence marque la transition d'une position de dépendance à la famille à une position plus autonome dans la société. La fin de l'adolescence est souvent marquée par le fait que le jeune commence à travailler et à vivre avec un partenaire. Par rapport à leurs pairs qui travaillent, les étudiants sont dans une position de « retardement » de la transition de l'adolescence à l'âge adulte. En effet, ils sont, plus qu'autre chose, dépendant financièrement de leurs parents. Dans une certaine mesure, ils peuvent donc toujours être considérés comme des adolescents. Bakman (1997) souligne d'ailleurs que le travail avec les étudiants présente toutes les caractéristiques du travail avec les adolescents : leur identité n'est pas encore achevée.

En effet, pour beaucoup d'étudiants, l'inscription à l'Université marque le début d'une première séparation prolongée d'avec leurs parents. En quittant la maison parentale et en devant s'adapter aux demandes de la vie académique, les étudiants doivent faire face à un remaniement de leur routine quotidienne et de leurs relations d'objet. Selon Ann (2003) apprendre à vivre seul et en retirer du plaisir est d'une importance majeure pour pouvoir fonctionner de façon autonome par rapport aux études. Les étudiants sont donc particulièrement vulnérables au stress en lien avec l'attachement et la séparation. Winnicott (1965) souligne d'ailleurs que la capacité à être seul est l'un des plus importants signes de maturité du développement émotionnel. La capacité à développer des relations intimes en dehors de la famille est donc primordiale. Pour Blos (1979), l'adolescence correspond à un

second processus d'individuation-séparation. Pour Erikson (1972), la consolidation de l'identité et la construction de l'intimité sont les deux plus grands défis à la fin de l'adolescence et au début de l'âge adulte. Graça Figueiros (2003) a d'ailleurs montré que les étudiants qui consultent un Centre de Conseil Psychologique universitaire ont plus de difficultés à résoudre les tâches « développementales » propres aux jeunes adultes (séparation psychologique des parents, capacité à se projeter dans le futur, estime de soi sexuelle et estime de soi globale) que les étudiants ne demandant pas de consultation. Il note que certains étudiants peuvent avoir davantage de difficultés dans leur développement à cause d'une personnalité plus vulnérable et d'une histoire de vie plus difficile. D'après lui, ces difficultés peuvent être amplifiées ou apparaître à l'entrée à l'Université à cause du stress engendré par les études ou de l'augmentation des attentes d'autonomie.

Pour Bakman (1997), les problèmes pour lesquels les étudiants viennent consulter peuvent être rattachés à deux domaines. Le premier concerne leurs études (questions d'orientation et de décision, stress des examens, échecs, difficultés de travail...). Le second est en lien avec des difficultés d'ordre psychologiques (problèmes relationnels avec le partenaire, les parents...) ou des troubles psychiques (dépression, troubles alimentaires, anxiété...). L'auteur estime que les étudiants se trouvent dans la phase de développement de « l'adolescence tardive ». Si cette période est caractérisée par une certaine stabilisation de la personnalité et l'ébauche progressive de projets de vie et d'objectifs, il apparaît que dans le cas des étudiants leur identité n'est pas encore achevée. Il semble également que l'appartenance commune des étudiants à l'institution universitaire soit susceptible de réactiver ou amplifier des conflits. La prolongation artificielle de l'adolescence par les études peut entraîner certains problèmes, comme par exemple la dépendance matérielle à l'égard des parents, qui est souvent vécue comme une source de conflits, la contradiction entre la dépendance réelle et le désir d'autonomie étant douloureusement ressentis. Schmid-Kitsikis, Kilcher et Sanzana (1995) soulignent que pour la majorité des demandes de consultation « les difficultés liées aux études sont moins mises au premier plan que ne le sont les difficultés relationnelles. Malgré la souffrance souvent intense que ses difficultés provoquent, il est néanmoins difficile de les classer dans le cadre d'une psychopathologie psychiatrique » (p.14).

2. L'attachement chez l'adulte

Dans ce chapitre nous allons tout d'abord présenter brièvement la théorie de l'attachement, puis plus spécifiquement de l'attachement chez l'adulte. Nous allons donc évoquer les styles d'attachement chez l'adulte, les modèles internes d'attachement ainsi que les outils permettant son évaluation. Nous terminerons ce chapitre en discutant des apports de la théorie de l'attachement au processus thérapeutique.

2.1 La théorie de l'attachement

Les récents efforts quant à la compréhension des relations de proximité chez l'adulte du point de vue de l'attachement sont issus des travaux de Bowlby. En effet, ce dernier (1980) a longuement décrit comment les enfants deviennent émotionnellement attachés à leurs premiers « donneurs de soins » et stressés émotionnellement lorsqu'ils sont séparés de ceux-ci. Pour cet auteur, l'attachement maintient un équilibre entre des comportements d'exploration et des comportements de recherche de proximité, en tenant compte de l'accessibilité de la figure d'attachement et du danger présent dans l'environnement physique et social. La figure d'attachement va donc servir de « base sécurisante » procurant à l'enfant un sentiment de sécurité physique et psychologique. Ce sentiment va lui permettre alors d'explorer et de tenter de maîtriser son environnement. L'attachement et les comportements d'exploration sont par conséquent influencés par la perception qu'a l'enfant de la disponibilité et de la sensibilité de la figure d'attachement. Pour Bowlby (1980), les trois fonctions de la relation d'attachement sont donc la recherche de proximité, d'une base sécurisante et d'un refuge sûr.

C'est Mary Ainsworth qui va donner à la théorie de l'attachement de Bowlby son prolongement expérimental. Ainsworth (1989), suggère que les relations d'attachement sont un type particulier de lien affectif. Ces liens sont caractérisés par un désir de maintenir une proximité avec le partenaire qui est vu comme un individu unique et non interchangeable avec un autre. Les traits distincts de l'attachement, en comparaison avec les autres liens affectifs, sont que l'individu tente d'obtenir une proximité dans la relation qui va lui procurer un sentiment de confort et de sécurité. Si les soins maternels semblent avoir un lien avec l'attachement, Ainsworth (1978) relève qu'il s'agit bien d'une question de qualité des soins maternels et non de quantité.

Grâce à leur dispositif expérimental de la « situation étrange », Ainsworth et al. (1978) ont pu repérer trois catégories d'attachement. La catégorie la plus fréquente est l'attachement « *sécure* » (66 % des enfants appartiennent à cette catégorie dans une population normale). Ce sont des enfants qui protestent au moment du départ de la mère, mais se consolent rapidement pour jouer. Lorsque la mère revient, ils cessent de jouer, manifestent leur joie, puis retournent rapidement à leurs activités. Les auteurs ont identifié deux autres patterns représentant un attachement insécure : le style d'attachement « *évitant* » et le style d'attachement « *anxieux-ambivalent* ». Les enfants ayant un style d'attachement « *évitant* » (22 % des enfants) protestent peu au départ de la mère et manifestent peu de réactions à son retour. Quant aux enfants avec un style d'attachement « *anxieux-ambivalents* » (12 % des enfants), ceux-ci protestent au moment de la séparation, mais ne peuvent être apaisés ni se remettre à jouer. Ils ne sont pas apaisés non plus après le retour de la mère, ils s'agrippent à elle tout en manifestant des réactions de colère. Ayant parfois eu des difficultés à classer tous les enfants dans une de trois catégories, les chercheurs ont proposé une quatrième catégorie d'attachement insécure : le style d'attachement « *désorganisé-désorienté* ». Ce style d'attachement est caractérisé par des comportements contradictoires et une certaine confusion lors de la réunion avec la mère ainsi que des affects changeants et dépressifs.

En ce qui concerne la continuité du type d'attachement, Walters et al. (1978) ont étudié des enfants dans la situation étrange à 12 et 18 mois et ont trouvé une stabilité des types d'attachement de 96%. De même, Main et Cassidy (1988) ont examiné des enfants âgés de 6 ans qui avaient été observés dans la situation étrange à 1 an. Les auteurs trouvent un coefficient de continuité de 84%. Ainsi, huit à neuf enfants sur 10 conserveraient le même type d'attachement au travers de toute l'enfance, soit entre 1 et 6 ans. Ces données suggèrent donc une remarquable continuité des comportements d'attachement au cours de l'enfance.

Il faut préciser qu'il y a généralement très peu de correspondances entre les types d'attachement que l'enfant montre avec ses différents partenaires. En effet, un enfant peut présenter un type d'attachement sécure avec son père et évitant avec sa mère. Par conséquent, Pierrehumbert (2003) note que les comportements de l'enfant dans la situation étrange traduisent bien la qualité d'une relation particulière, certainement due à l'histoire de l'enfant, davantage qu'une « caractéristique » de l'enfant lui-même. En effet, les attitudes parentales constituent un fort prédicteur de la réaction de l'enfant dans le dispositif de la situation étrange. De plus, il souligne que les comportements lors de la situation étrange seraient

fortement significatifs de certains aspects du devenir relationnel de l'enfant (relation avec les parents, les frères et sœurs, les pairs, les amis etc.) et également d'autres domaines de son développement (scolaire, jeu, intelligence, langage, curiosité, tolérance à la frustration, estime de soi, comportement etc.). En effet, de nombreuses études longitudinales ont montré que la sécurité de l'attachement d'un enfant de 12 à 18 mois évaluée dans la situation étrange, était prédictive de la qualité de ses relations et de son adaptation sociale des années plus tard (Perdereau & Godart, 2003). Des perturbations dans le lien parent-enfant, comme le rejet, l'hostilité ou des réponses inconsistantes ont donc un impact déterminant sur le futur développement de l'enfant (Rutter, 1985)

Les chercheurs ont montré que les fonctions de l'attachement chez l'enfant s'appliquent aussi à l'attachement chez l'adulte. En effet, les relations entre les adultes et leurs parents ou entre les adultes et leur partenaire ou encore entre les patients et leurs thérapeutes montrent les propriétés des liens d'attachement. Nous allons donc examiner cela dans les chapitres qui vont suivre.

2.2 Le style d'attachement chez l'adulte

L'attachement chez l'adulte est défini par la tendance qu'a l'individu à rechercher et à maintenir la proximité et le contact avec un ou plusieurs individus particuliers qui lui procurent un sentiment de sécurité ainsi qu'une protection physique et psychologique. (Sperling & Berman, 1994). Cette tendance est régulée par des «modèles internes opérants» d'attachement (internal working models), construits à partir des expériences qu'a l'individu de son monde interpersonnel. Nous parlerons plus amplement de ces modèles internes d'attachement dans l'un des chapitres suivants.

L'attachement définit un système de comportements qui peut (ou ne peut pas) être activé dans la vie d'une personne ou dans une relation particulière à un moment donné. En effet, l'attachement chez l'adulte ne procure pas invariablement un sentiment de sécurité. Au contraire, de nombreuses personnes ont des relations d'attachement pouvant provoquer un sentiment d'anxiété et de colère, mais ces relations sont maintenues parce que la personne croit que ces figures d'attachement peuvent lui apporter un sentiment de sécurité (Ainsworth, 1989). Le système de comportements d'attachement peut être activé à travers de nombreuses situations, mais peut aussi être activé de façon particulière et limitée, émergeant seulement

dans des moments de stress intense ou de souffrance. De grandes différences individuelles existent par rapport au niveau à partir duquel une personne active son système d'attachement. En effet, son activation dépend des «modèles internes opérants» de chaque personne, du contexte environnemental de la relation et des relations entre les deux (Rothbard & Shaver, 1994).

Certaines relations chez l'adulte sont des relations de proximité et certaines d'entre elles peuvent donc être caractérisées comme des relations d'attachement dans le sens où elles apportent un sentiment de sécurité. Ces relations incluent les relations avec les parents, les relations avec le ou les enfants et une ou plusieurs relations amoureuses ou encore les relations entre patient et thérapeute qui véhiculent un sentiment de sécurité. Les auteurs se sont d'ailleurs intéressés à ces différentes relations d'attachement chez l'adulte.

Nous avons vu précédemment que les fonctions de l'attachement chez l'enfant étaient le maintien de la proximité, l'obtention d'une « base sécurisante » ainsi que d'un refuge sûr. Les chercheurs pensent donc que ces fonctions s'appliquent aussi à l'attachement chez l'adulte.

L'évaluation directe de ces trois composantes de l'attachement est particulièrement visible dans l'étude de Hazan et Zeifman (1994), sur la transition de l'attachement. En effet, les auteurs se sont intéressés au processus par lequel les jeunes transfèrent leurs premiers attachements à leurs parents sur les pairs. Ils proposent que la période entre l'enfance et l'adolescence est marquée par un déplacement graduel de la « cible » des comportements d'attachement, dont certaines composantes sont déplacées avant d'autres des parents aux pairs. Pour tester cette proposition, des enfants et adolescents de 6 à 17 ans ont été interrogés et il s'est avéré que tous les sujets préféraient passer leur temps libre en compagnie de leurs pairs plutôt que de leurs parents (maintien de la proximité). Un changement apparaît entre 8 et 14 ans, les pairs étant préférés aux parents comme source de réconfort et de soutien (refuge sûr). C'est à la fin de l'adolescence que le jeune proteste lors de la séparation d'avec ses pairs. C'est donc à ce moment là que les pairs remplacent les parents dans une fonction de « base sécurisante ». Ces résultats suggèrent que l'attachement aux pairs est élaboré à partir de la « base sécurisante » que procurent les parents dans les premières années.

Ces données permettent d'établir un lien direct entre les schémas d'attachement de l'enfance, les styles d'attachement de l'adulte et le fonctionnement de la personne dans ses relations intimes. Les attentes et les systèmes de croyance que nous développons pendant les premières années de vie avec nos figures d'attachement ont tendance à persister toute la vie (Feeney &

Noller, 1996). Ces croyances guident nos perceptions des autres et nos comportements et nous recréons souvent les schémas d'attachement que nous avons vécu antérieurement. Ce qui veut dire que les schémas de l'enfance sont recréés implicitement dans les relations d'adulte. De nombreuses études ont donc exploré la possibilité selon laquelle les styles d'attachement, comme ceux identifiés par Ainsworth (1978), continuent à exister à l'âge adulte et ont par conséquent une influence sur les relations à cet âge. Walters et son équipe (1995) ont revu à l'âge de 21 ans une cinquantaine d'enfants de classe moyenne du Minnesota qui avaient été observés dans la situation étrange alors qu'ils étaient âgés d'1 an. Ils ont été interrogés à l'aide de l'Adult Attachment Interview (AAI). Les auteurs ont trouvé une correspondance de 72 % entre les catégories de la situation étrange et celle de l' AAI. Ces données suggèrent donc que les modèles d'attachement perdurent tout au long de l'enfance et de l'adolescence avec très peu de changement.

Les chercheurs se sont aussi intéressés au rapport existant entre le style d'attachement et les relations amoureuses. Pour Hazan et Shaver (1987), les relations amoureuses peuvent en effet être conceptualisées comme un processus d'attachement. Les relations amoureuses peuvent prendre différentes formes qui dépendent de l'histoire d'attachement individuelle. Plus spécifiquement, ces auteurs pensent que les trois styles d'attachement mis en évidence chez l'enfant se manifestent dans les relations amoureuses à l'âge adulte. Pour leur étude (1987), ils ont demandé à 620 sujets de répondre à un questionnaire composé de 95 questions concernant leur relation amoureuse la plus importante ainsi que leur style d'attachement. Leurs résultats indiquent la relative fréquence des trois styles d'attachement et rejoignent ceux observés chez les enfants. Un peu plus de la moitié des sujets se voient eux-mêmes comme « *sécurés* » (56%), environ 25% s'évaluent comme « *évitants* » et 19% comme « *anxieux-ambivalents* ».

Les sujets ayant un style « *sécuré* » sont à l'aise dans les relations intimes et capables de faire confiance et de dépendre des autres. Ils rapportent des relations chaleureuses dans l'enfance avec leurs deux parents et entre leurs deux parents. Ils se voient eux même comme facile à approcher et voient les autres comme bien intentionnés. Leurs relations amoureuses sont décrites comme heureuses, amicales et de confiance.

Les sujets ayant un style d'attachement « *évitant* » sont mal à l'aise avec les relations proches et ont des difficultés à dépendre des autres. Ils perçoivent leur mère comme froide et rejetante. Leurs histoires d'amours importantes sont marquées par la peur de l'intimité et par des difficultés à accepter leur partenaire

Enfin, les sujets « *anxieux- ambivalents* » recherchent une grande proximité et ont peur d'être abandonnés ou de ne pas être aimés suffisamment. Ils décrivent leur père comme injuste. Ils se voient eux-mêmes comme incompris par les autres. Ils pensent que la plupart des gens sont comme eux et ne peuvent pas s'engager dans une relation à long-terme. Leurs relations d'amoureuses sont caractérisées par de l'obsession et de la jalousie

Les données présentées ci-dessus permettent d'avancer que les patterns d'attachement sont relativement stables. Selon Bowlby (1980), la continuité des styles d'attachement est due à la persistance des représentations mentales de soi et des autres.

L'attachement de même que les déterminants majeurs du style d'attachement semblent être similaires durant l'enfance et à l'âge adulte, même si la forme adulte des styles d'attachement doit vraisemblablement être plus complexe que durant l'enfance. Ils trouvent leur origine dans les relations avec les parents et sont ensuite élaborés et changés dans le contexte des relations intimes ultérieures (Rothbard & Shaver, 1994).

2.3 Modèles internes opérants d'attachement

Nous allons à présent entrer un peu plus en détail dans la définition des « modèles internes opérants » d'attachement qui a été esquissée plus haut.

Comme nous l'avons vu, le bébé développe des modèles de relation à partir des échanges avec son entourage familial. Une fois mis en place, ces modèles l'aident à comprendre et à interpréter le comportement de ses proches et lui permettent d'anticiper les réactions d'autrui (Guedeney & Guedeney, 2002). De ce fait, ces modèles influencent son comportement dans ses rapports aux figures d'attachement. Bowlby (1980), a appelé ces modèles mentaux que l'enfant se construit les « modèles internes opérants » (internal working models) que nous nommerons modèles internes. L'enfant formerait simultanément un modèle de soi comme étant plus ou moins digne d'être aimé et un modèle d'autrui qui renvoie à sa perception des autres comme étant plus ou moins sensibles et attentifs à ses besoins.

Bowlby (1980), pense que la formation de ces modèles intervient dès le milieu de la première année de vie, au moment où l'enfant est capable de reconnaître et de rechercher un « objet » disparu. Les attentes à propos de la disponibilité et la sensibilité des figures d'attachement sont incorporées dans un modèle interne d'attachement. Ces modèles internes permettent à l'enfant d'être attentif à la disparition de la figure d'attachement et de savoir lorsqu'elle est de

retour. Cette description de l'attachement et des représentations mentales suppose évidemment que le système comportemental soit développé et perfectionné dans un environnement adéquat, c'est-à-dire un environnement dans lequel l'activation, la réaction et la désactivation des comportements d'attachement apparaissent de façon logique et stable et dans lequel le but fixé est régulièrement obtenu (Rothbard & Shaver, 1994).

On distingue deux temps dans le développement d'un modèle interne. Dans un premier temps le modèle s'ajuste aux interactions vécues pour se constituer et dans un deuxième temps, les nouvelles expériences sont assimilées au modèle existant, même si la correspondance n'est pas parfaite (Guedeney & Guedeney, 2002). En conséquence, une fois son modèle interne mis en place, une personne aura tendance à percevoir les événements à travers le filtre de ceux qu'elle a déjà connus. Il est donc important que le modèle interne soit mis à jour progressivement, au fur et à mesure des nouvelles expériences.

Toutefois, ceci peut conduire un individu à traiter l'information de manière biaisée. En effet, certains obstacles peuvent venir gêner cette actualisation, à commencer par l'organisation défensive de la personne, mécanisme qui consiste à ne pas traiter les informations « gênantes » et à les exclure du système des représentations (Guedeney & Guedeney, 2002). L'individu reste alors imperméable aux expériences allant à l'encontre de son système de représentation et résiste au changement. Cela pourrait expliquer pourquoi certaines personnes ont des difficultés à s'adapter à un mode relationnel nouveau, quand les expériences qu'elles ont vécues les ont amenées à se construire un modèle de relation d'un autre type. En effet, elles restent influencées par des modes d'interactions passées dans les nouveaux liens qu'elles tissent. Les biais qu'une personne peut avoir dans sa perception des autres s'expliqueraient donc au regard des événements qu'elle aurait vécus dans le passé (Guedeney & Guedeney, 2002). Cela nous permet alors de comprendre pourquoi une personne peut être amenée à reproduire des modes d'interaction néfastes. Elle apporte aussi au clinicien les pistes thérapeutiques lui indiquant comment aider ses patients à sortir de ce schéma.

Les modèles internes d'attachement reflètent donc les souvenirs et les croyances qui se sont développés à partir des expériences individuelles précoces de soin. Bowlby (1980) postule que, pour être capable de prédire et d'organiser leur monde, les individus ont besoin d'un modèle de leur environnement et de leurs propres habiletés et potentialités. Il perçoit ces modèles internes comme des cartes ou des plans, utilisés pour prédire le comportement des

autres dans les interactions sociales tout aussi bien que pour planifier son propre comportement dans les relations. Lorsque les parents se montrent soutenant et coopérant dans les interactions avec leur enfant, ce dernier peut développer des modèles internes qui l'amènent à avoir des relations positives avec les autres et à explorer l'environnement avec un sentiment de confiance et de maîtrise.

Bien que ces modèles soient initialement simples, ils deviennent de plus en plus sophistiqués au fur et à mesure qu'ils se développent et tendent à persister tout au long de la vie (Feeney & Noller, 1996). En effet, comme nous l'avons vu précédemment, les modèles internes montrent une tendance à résister aux changements, car les actions basées sur ces modèles produisent des conséquences qui les renforcent. Feeney & Noller (1996), pensent que la stabilité des modèles internes peut être affectés par la tendance des vieux modèles à être activés plus facilement, particulièrement dans des moments de stress. Il y a en effet des facteurs qui conservent la stabilité des modèles, comme la tendance qu'ont les individus à choisir un environnement consistant avec l'image qu'ils ont d'eux-mêmes et des autres ou comme la tendance de certains comportements à apparaître automatiquement quand un modèle particulier d'attachement est activé.

Bowlby (1980), pense tout de même que les modèles internes sont des constructions actives pouvant être modifiées en réponse à l'expérience. Des schémas plus généralisés peuvent rester intacts, mais les individus peuvent en construire des sous-types qui compliquent les schémas existants. Par exemple toutes les personnes ne sont pas vues comme indigne de confiance, juste des personnes particulières. Collins et Read (1994), jugent qu'il ne serait pas raisonnable de penser que les modèles internes ne reflètent que la qualité des relations parents-enfant. Ces auteurs pensent que les individus développent une hiérarchie dans leurs modèles internes, avec au sommet un modèle général de soi et des autres, à un niveau intermédiaire un modèle de relation avec des catégories particulières de relation (membres de la famille, pairs) et au dernier niveau un modèle de relation particulière (mère, père, partenaire...).

Il y aussi des facteurs qui amènent à un changement des modèles internes comme lors de transition importante dans la vie (mariage, enfant) ou si la personne arrive à une nouvelle compréhension et à une nouvelle interprétation des ses expériences passées, comme cela peut être le cas lors d'une intervention thérapeutique. Nous développerons d'ailleurs cette idée dans un des chapitres qui va suivre.

Les différences individuelles dans les styles d'attachement sont donc le reflet des différences dans les modèles fondamentaux de soi et des autres qui ont été formés dans la petite enfance et modifié à travers les expériences ultérieures (Feeney & Noller, 1996).

2.4 Evaluation de l'attachement chez l'adulte

Les recherches sur l'attachement chez l'adulte ont commencé dans les années 80. L'évaluation de l'attachement chez l'adulte peut se faire selon deux méthodes, toutes deux liées à la théorie de l'attachement, mais nées de trajectoires différentes.

Les premiers outils d'évaluation de l'attachement chez l'adulte sont issus des travaux sur la petite enfance et concernent l'attachement dans la famille nucléaire. En 1985, quelques années après le dispositif expérimental de la « Situation étrange » de M. Ainsworth, l'Adult Attachment Interview (AAI) est créée par Georges, Kaplan et Main. Cet instrument permet d'étudier l'attachement chez l'adulte au niveau des représentations en interrogeant le sujet sur ses propres relations avec ses parents au cours de l'enfance. Il s'agit d'un entretien semi-structuré, qui a pour but de cerner l'état d'esprit actuel de la personne par rapport à ses expériences relationnelles durant l'enfance. L'investigateur explore systématiquement certains thèmes tout en permettant à la personne de faire des associations et de découvrir son propre monde interne. Il est donc demandé aux sujets de décrire et d'évaluer leurs relations avec leurs parents durant l'enfance ainsi que de se rappeler des souvenirs plus douloureux comme la perte, la séparation, le rejet. Les sujets doivent par exemple citer cinq adjectifs pour qualifier leur relation avec chacun des parents durant leur enfance, puis les associer à des souvenirs d'événements spécifiques. Les souvenirs des relations avec les figures parentales sont explorés, mais le plus important c'est surtout l'appréciation actuelle de la personne sur ces événements et sur l'importance qu'ils ont pris dans sa vie.

La durée de passation de cet instrument est d'environ une heure. L'intégralité de l'interview est retranscrite mot à mot pour permettre la citation. Celle-ci ne mesure pas seulement le contenu du discours, mais également ses qualités (cohérence, blocage de l'accès aux émotions et aux souvenirs, irruption de la colère etc.). Cet outil permet ainsi de catégoriser les modèles internes des adultes selon les quatre types d'attachement suivants (Pierrehumbert, 2003):

- L'état d'esprit « *autonome* » : est celui des personnes se souvenant sans trop de difficulté de leurs premières relations, que celles-ci aient été positives ou non et ont un accès facile à leurs émotions d'enfance. Elles valorisent généralement les relations

d'attachement. Elles ont confiance en elles-mêmes et en les autres. Leur discours est cohérent.

- L'état d'esprit « *détaché* » : décrit des personnes se montrant désengagées émotionnellement à l'égard des expériences relationnelles. Elles semblent n'avoir qu'un accès limité aux souvenirs. Elles se présentent comme ayant confiance en elles-mêmes, mais pas en les autres dont elles se méfient. Leur discours est cohérent mais présente quelques contradictions.
- L'état d'esprit « *préoccupé* » : décrit des personnes plutôt confuses, restituant une image incohérente de leur passé du point de vue des expériences relationnelles. Il arrive qu'elles ne parviennent pas à contenir une colère encore très actuelle à l'égard de leurs parents, et ceci parfois dans un climat d'ambivalence dénotant une dépendance relationnelle. Elles se présentent comme manquant de confiance en elles-mêmes.
- L'état d'esprit « *désorganisé* » : concerne des personnes ayant souffert de traumatismes, d'abus, de deuil « non résolu ». Elles ont de la peine à prendre une distance émotionnelle à l'égard de ces événements.

Ces catégories correspondent aux types d'attachement décrits par la situation étrange, soit respectivement, sécuritaire, évitant, anxieux-ambivalent et désorganisé.

Le deuxième courant est né avec l'Attachment Style Questionnaire (ASQ) conceptualisé par Hazan et Shaver en 1987. Cet auto-questionnaire s'intéresse aux modalités d'attachement des adultes dans leurs relations actuelles avec leurs pairs ou dans leurs relations de couple. C'est un instrument d'utilisation plus aisée et rapide. Il est composé de trois paragraphes qui décrivent brièvement les comportements et les sentiments concernant la façon de se percevoir dans les relations amoureuses et interpersonnelles. Chacun des paragraphes correspond aux trois catégories de la « situation étrange » d'Ainsworth (*sécuritaire, évitant, anxieux-ambivalent*). Le sujet doit choisir parmi ces trois propositions celle qui lui correspond le mieux et son choix définit son pattern d'attachement. L'intérêt principal de cet outil est son extrême brièveté, en revanche, certaines qualités psychométriques sont discutables, raison pour laquelle des versions alternatives de cette mesure ont été développées.

Afin de rendre la tâche plus facile aux sujets éprouvant des difficultés à choisir entre l'un ou l'autre des trois paragraphes de la mesure d'Hazan et Shaver (1987), Levry et Davis (1988), demandent aux sujets d'évaluer leur degré d'accord avec chacune des trois descriptions grâce

à une échelle de Likert. Une autre utilisation des trois propositions initiales d'Hazan et Shaver a été élaborée en les décomposant en autant d'items nécessaires. C'est le cas du Questionnaire d'Attachement chez l'Adulte (QAA) utilisé dans le cadre de cette recherche. Pour créer le QAA, Simpson (1990), a pris les trois items de Hazan et Shaver et les a partagé en plusieurs déclarations auxquelles les sujets doivent répondre en utilisant une échelle de Likert en sept points. Cela permet d'obtenir des « profils » d'attachement à travers les trois styles puisque les styles d'attachement ne sont pas mutuellement exclusifs (Feeney et al., 1994).

Bartholomew et Horowitz (1991), proposent quant à eux que le style d'attachement reflète deux dimensions indépendantes, incluant les « modèles internes opérants » de soi et des autres. Chacune de ces deux dimensions peut être positive ou négative et, en les combinant, ils arrivent à une classification à quatre catégories : « *sécuré* » (modèle de soi et des autres positifs), « *préoccupé* » (modèle de soi négatif et modèle des autres positif), « *détaché* » (modèle de soi positif et modèle des autres négatif) et « *craintif* » (modèle de soi et des autres négatif). La passation se fait à l'aide d'une interview semi-structurée permettant de mesurer les quatre styles d'attachement. L'interview est enregistrée et le codage évalue le sujet sur une échelle de 9 points.

Les auto-questionnaires ont donc l'avantage par rapport aux interviews d'être facilement administrés et cotés. De plus, ils permettent d'évaluer directement la perception qu'ont les adultes de leurs figures d'attachement actuelles. Le problème de ces questionnaires est la faiblesse de leurs liens avec l'AAI. Toutefois, comme le précise Pierrehumbert (2003), cela ne veut pas dire que leurs données soient moins fiables que celle de l'AAI.

Il faut souligner que ces deux courants relèvent des composantes différentes des modèles internes d'attachement à des niveaux de conscience différents. En effet, comparés à l'AAI, les auto-questionnaires mesurent la perception qu'ont les individus d'eux-mêmes et des autres dans leurs relations de proximité. Par conséquent, ils reflètent la nature des modèles internes plus « conscients » et accessibles. L'AAI quant à elle, évalue les modèles internes d'attachement plus « inconscients » (Bartholomew & Shaver, 1998).

2.5 Apports de la théorie de l'attachement au processus thérapeutique

La plupart des recherches ont exploré l'attachement chez l'adulte dans les relations amoureuses, mais d'autres types de relations peuvent présenter des composantes de l'attachement. C'est le cas des relations thérapeutiques (Weiss, 1991). En effet, le thérapeute ou le « psychologue conseiller » (counselor) sont des exemples de figures d'attachement à l'âge adulte. Comme le souligne Slade (1999), en apportant de nouveaux concepts pour la compréhension des phénomènes mentaux, la théorie de l'attachement amène de nouvelles cibles à l'action de la psychothérapie et une attention nouvelle à des phénomènes jusque là inexplorés.

Un consensus existe sur le fait que les changements thérapeutiques ne sont pas seulement basés sur des facteurs cognitifs, comme la conscience ou la capacité d'insight, mais aussi sur la nature de la relation entre le patient et le thérapeute. Depuis le concept de transfert de Freud, il est largement reconnu que le patient expérimente souvent des sentiments forts à l'égard du thérapeute. En effet, c'est l'analyse, dans le transfert et le contre-transfert qui va permettre au thérapeute d'établir une expérience correctrice, au sein du processus psychothérapeutique (Guedeney & Guedeney, 2002). Il y a donc des similarités entre le concept d'attachement et le concept de transfert : les deux font référence à un lien émotionnel fort pour une autre personne, dans lequel la personne répète des patterns liés aux expériences relationnelles précoces (Parish & Eagle, 2003). Amini et al. (1996), proposent que lorsque la psychothérapie se passe bien, c'est précisément parce qu'elle fonctionne comme une relation d'attachement.

Dozier et Tyrrell (1998), pensent que le patient a des attentes vis-à-vis du thérapeute basées sur ses expériences antérieures avec les personnes qui se sont occupées de lui. Quand le thérapeute amène le patient à remettre en question son modèle interne, le patient explore graduellement des modèles alternatifs. En même temps le thérapeute encourage le patient à explorer des approches différentes des personnes significatives pour lui à un niveau psychologique et comportemental. Cette exploration est facilitée par le fait que le patient développe un modèle interne positif du thérapeute. Le thérapeute aide le patient à explorer la façon dont les relations avec ses figures d'attachement influencent sa vision du thérapeute et des personnes significatives pour lui.

Une des voies pour comprendre la raison pour laquelle une relation thérapeutique se passe bien est que le thérapeute sert d'une certaine manière de « base sécurisante » à partir de laquelle le patient peut explorer son monde interne (Bowlby, 1988). Le thérapeute peut alors accompagner son patient dans l'auto-réflexion et l'exploration des vécus douloureux. Il peut l'amener à réfléchir sur le transfert et de là, sur ses expériences infantiles. La tâche du thérapeute est souvent rendue difficile à cause des expériences antérieures du patient avec des « donneurs de soins » rejetant ou non disponibles. En effet, le thérapeute doit compenser les « ratés » des autres figures d'attachement. L'exploration par le patient de son modèle du thérapeute est une tâche critique dans la thérapie. En effet, les modèles internes du patient sont fréquemment influencés par des attentes rigides et inconsistantes avec la réalité, de telle façon qu'un thérapeute disponible et empathique peut être perçu comme jugeant et rejetant. Le patient doit alors retravailler son modèle jusqu'à ce qu'il soit capable de voir le thérapeute comme une « base sécurisante ».

Une autre tâche thérapeutique indiquée par Bowlby (1988) est l'exploration des relations interpersonnelles actuelles du patient. Le thérapeute aide le patient à explorer ses sentiments actuels, ses pensées et ses comportements en lien avec ses expériences précoces avec ses figures d'attachement. Le patient est encouragé à examiner comment ses conceptualisations précédentes ont affecté son fonctionnement actuel. Cette analyse se fait à partir des événements décrits par le patient. La réalité de l'expérience compte alors plus que sa valeur subjective. Le style narratif, les distorsions, les incohérences, les dénis et les répressions provenant de l'analyse du discours du patient sont autant d'indicateurs possibles des modèles internes du patient, et donc de l'intériorisation des réponses habituelles de ses figures d'attachement à ses signaux de détresse (Guedeney & Guedeney, 2002).

Ce qui fait une des spécificités de l'apport de la théorie de l'attachement c'est l'importance donnée aux épisodes de séparations et de retrouvailles dans le processus thérapeutique même. En effet, le contexte d'une psychothérapie est à même d'activer le système d'attachement dans la mesure où il place le sujet en situation de vulnérabilité face à un professionnel censé l'aider et représentant « une figure plus sage et plus forte » (Guedeney & Guedeney, 2002). Bowlby (1988) a donc montré comment le comportement de recherche des soins pouvait dériver du comportement d'attachement dans l'enfance. Il suggère que le changement thérapeutique le plus fondamental implique la révision des modèles internes d'attachement du patient. En thérapie le patient est encouragé à explorer ses attentes envers le thérapeute et

les personnes significatives pour lui ainsi que les souvenirs de ses figures d'attachement précoces. A travers ce processus exploratoire, les modèles internes de soi et des autres sont probablement modifiés.

Ce qui est important pour cette recherche est qu'un attachement sécurisé est caractérisé par une ouverture, une flexibilité et un déploiement non défensif de l'attention portant sur les questions liées à l'attachement, permettant à l'individu d'accéder aux problèmes liés à ses relations passées et actuelles (Sperling & Sandow Lyons, 1994). Les autres sont ainsi vus comme ouverts, réceptifs et collaborant.

Dozier (1990) a étudié le lien entre le style d'attachement de 42 personnes hospitalisées en psychiatrie et leur adhésion au traitement. Son étude a montré une corrélation positive entre la dimension sécurité-insécurité du patient et l'adhésion mesurée par le thérapeute (venue aux rendez-vous et adhésion au traitement médicamenteux). Plus spécifiquement, les patients évalués comme moins sécurisés étaient moins coopérant durant le traitement. Un modèle interne sécurisé est donc associé avec une meilleure coopération du patient au traitement.

Comme nous l'avons souligné, les modèles internes d'attachement des patients affectent leur approche du thérapeute. Il semblerait donc que les patients appréhendent leur thérapeute de la même façon dont ils approchent les personnes significatives dans leur vie. Parish & Eagle (2003) ont demandé à 105 adultes suivis en psychanalyse ou en psychothérapie analytique depuis au moins six mois de remplir un questionnaire sur leurs sentiments à l'égard du thérapeute ainsi que sur leurs relations intimes en général. Ils en arrivent à la conclusion que la relation thérapeutique présente beaucoup des caractéristiques de l'attachement. En effet, les sujets recherchent la proximité avec leurs thérapeutes, se tournent vers lui durant les moments douloureux et évoquent une représentation mentale de celui-ci en son absence. Ils le voient comme une « base sécurisante » qui les aide à avoir confiance en eux dans leur thérapie et en dehors de celle-ci. Ils voient leur thérapeute comme unique et irremplaçable et éprouvent des sentiments forts à son égard. De plus, un fort attachement au thérapeute est associé avec une plus grande fréquentation et une plus longue durée de la thérapie, une plus forte alliance thérapeutique et une plus grande sécurité des styles d'attachement du patient.

Un autre concept jouant un rôle important dans la relation thérapeute-patient est l'alliance thérapeutique. Nous allons donc à présent nous pencher sur ce thème plus en détail.

3. L'alliance thérapeutique

Les recherches concernant l'alliance thérapeutique ont été effectuées aussi bien dans le contexte de psychothérapies que dans le cadre de Centres de Conseil Psychologique (counseling center). Nous constatons que les termes en anglais ayant trait au contexte du conseil psychologique se traduisent difficilement en français. Néanmoins nous utiliserons le terme de « psychologue conseiller » pour parler du « counselor » et nous traduirons le terme « counseling » par démarche de conseil psychologique.

Nous traiterons en premier lieu de l'évolution du concept d'alliance thérapeutique, puis de son rôle, aussi bien par rapport aux résultats du traitement que par rapport aux ruptures de celui-ci. Ensuite, nous aborderons les fluctuations de l'alliance thérapeutique au cours du traitement ainsi que les facteurs pouvant l'influencer. Nous terminerons ce chapitre par une revue des instruments permettant son évaluation.

3.1 Evolution du concept d'alliance thérapeutique

Le concept d'alliance thérapeutique a une longue histoire qui remonte à certaines observations de Freud sur le transfert (1912). Il y distinguait deux formes d'attachement. La première favorisant la coopération entre le patient et le thérapeute et qui se manifeste par les sentiments positifs conscients du patient envers le thérapeute, garantissant en partie la réussite d'une psychanalyse. D'après Freud (1912), la collaboration du patient au traitement est primordiale pour le succès d'une thérapie. Cette coopération est influencée par deux facteurs principaux : d'une part la relation entre le patient et le thérapeute permettant l'émergence d'un transfert positif basé sur des sentiments précoces, et d'autre part la technique même de l'analyste permettant d'obtenir l'écoute du patient ainsi que sa collaboration. Le thérapeute a donc une influence sur l'attachement du patient au traitement. Le deuxième type d'attachement est celui qui fait obstacle à la coopération entre le patient et le thérapeute puisqu'il se manifeste comme une forme de résistance.

Freud situe donc le minimum relationnel avant que ne puissent s'établir les éléments inconscients du transfert et du contre-transfert.

Inscrit dans la continuité de la théorie freudienne, le concept sera repris et développé par Zetzel (1956) qui semble avoir utilisé pour la première fois le terme d'alliance thérapeutique

ou alliance de travail, puis par Greenson (1965). Ce dernier voit la collaboration positive entre le thérapeute et son patient comme l'une des composantes essentielles du succès de la thérapie. Selon Greenson, la collaboration entre le patient et le thérapeute garantit la formation d'une alliance thérapeutique. Il distingue trois composantes dans la relation thérapeutique : la relation réelle, la relation transférentielle et l'alliance thérapeutique qui dépendrait essentiellement de la motivation du patient à résoudre ses difficultés, de sa volonté à coopérer et enfin de sa capacité à suivre des instructions.

Bordin (1979), dans la continuité des travaux de Greenson décrit trois facteurs déterminant la qualité et l'intensité de l'alliance thérapeutique qu'il nomme « alliance de travail » :

- a) le lien entre le patient et son thérapeute (bond)
- b) l'accord entre le thérapeute et le patient quant aux objectifs et aux buts du traitement (goal)
- c) l'accord entre le patient et le thérapeute sur les activités spécifiques que le patient devra mettre en place pour provoquer un changement (task).

Il faut souligner le rôle important des Centres de recherche en psychothérapie nord-américaines dans années 70, sur le développement du concept d'alliance thérapeutique et notamment l'un des pionniers, Luborsky. Pour ce dernier (1976), la formation de l'alliance thérapeutique qu'il nomme « alliance aidante » dépendrait de l'expérience qu'a le patient de la relation thérapeutique comme plus ou moins aidante pour atteindre ses buts. Il distingue alors deux types d'alliance thérapeutique :

- a) L'alliance de type I est l'expérience qu'a le patient du thérapeute, vécu comme aidant ou potentiellement aidant.
- b) L'alliance de type II est l'expérience qu'a le patient du traitement, comme processus de travail, effectué conjointement entre lui et le thérapeute vers des buts assignés.

Ce dernier a d'ailleurs développé avec son équipe une série d'instruments mesurant ces deux types d'alliance, permettant ainsi le passage du concept théorique de l'alliance thérapeutique à son évaluation quantitative. Plusieurs instruments que nous décrirons ultérieurement ont été créés, utilisables par des observateurs, par le patient ou par le thérapeute.

Le terme d'alliance thérapeutique désigne donc une série de phénomènes apparemment semblables qui reflètent à quel point le patient perçoit sa relation avec le thérapeute comme une aide, réelle ou potentielle, pour atteindre ses objectifs de thérapie. Les récentes recherches concluent que le thérapeute offre des conditions qui probablement ne représentent qu'une partie des facteurs complexes ayant une influence sur le succès d'une thérapie (Horvath & Symonds, 1991). De nombreux chercheurs ont d'ailleurs réexaminé le concept d'alliance thérapeutique, en pensant que cela pourrait apporter une meilleure compréhension des facteurs relationnels impliqués dans la thérapie (Frieswyk et al., 1986).

Dans une perspective intégrative des différentes définitions de l'alliance thérapeutique, Gaston (1990) pense qu'il est possible de définir l'alliance entre le thérapeute et le patient comme constituée de quatre dimensions:

- a) l'alliance thérapeutique qui représente la relation affective du patient avec le thérapeute
- b) l'alliance de travail, qui correspond à la capacité du patient à fournir un travail thérapeutique
- c) la compréhension empathique du thérapeute et son implication
- d) l'accord entre le patient et le thérapeute sur les objectifs et les tâches liées à la prise en charge.

3.2 Rôle de l'alliance thérapeutique

L'influence de la relation entre le patient et son thérapeute sur les résultats de la psychothérapie est un des plus vieux thèmes dans la recherche sur l'efficacité des thérapies. Nous allons donc examiner quelle est l'influence de l'alliance thérapeutique sur les résultats du traitement ainsi que sur les ruptures de celui-ci.

3.2.1 Alliance thérapeutique et résultats du traitement

De très nombreuses recherches se sont focalisées sur la relation entre la qualité de l'alliance thérapeutique et les résultats du traitement. La majorité de ces recherches ont montré une influence de la qualité de l'alliance thérapeutique sur les résultats du traitement.

Les recherches les plus importantes à ce sujet ont été effectuées par Luborsky et ses collaborateurs dans les années 70, dans le cadre de leur « Penn Psychotherapy Project ».

Luborsky et al. (1976) ont montré que les patients qui développent une alliance thérapeutique dès les premières séances et qui se maintient tout au long de la thérapie, retirent un grand bénéfice du traitement, alors que les patients ne formant pas d'alliance thérapeutique n'effectuent pas ou peu de progrès. La variable liée à la thérapie la plus importante en ce qui a trait aux résultats du traitement est donc l'alliance thérapeutique, c'est d'ailleurs le seul élément prédictif important des résultats (Luborsky et al., 1980). En effet, elle explique la plus grande part de la variation signalée dans la recherche sur les résultats du traitement et serait plus importante que l'intervention particulière qui est employée.

Horvath & Symonds (1991) ont effectué une méta-analyse de 24 études qui évaluent plusieurs mesures de l'influence de l'alliance thérapeutique sur les résultats du traitement. Cela a permis de montrer que :

1. La qualité de l'alliance thérapeutique était prédictive des résultats de la thérapie
2. L'évaluation de l'alliance thérapeutique par le patient était un meilleur prédicteur de l'issue de la thérapie que celle évaluée par le thérapeute
3. l'évaluation de l'alliance thérapeutique par un observateur était la moins prédictive des résultats de la thérapie
4. L'influence de l'alliance thérapeutique sur les résultats ne semble être influencée ni par le type de traitement, ni par la durée de celui-ci.

Comme signalé plus haut, l'alliance thérapeutique a aussi été un focus important dans les recherches effectuées dans des Centres de Conseil Psychologique. Kokotovic & Tracey (1990) soulignent que la plupart des « psychologues conseillers» voient la qualité de la relation comme une composante importante dans le succès de la démarche de conseil psychologique. Certains pensent même que la qualité de la relation est la composante unique assurant le succès du «conseil psychologique». La plupart des auteurs sont d'accord avec le fait que la qualité de l'alliance est spécialement importante dans la phase précoce de la démarche de conseil psychologique (Gelso & Carter, 1985). Si l'alliance thérapeutique n'est pas solide dans la phase précoce, on peut s'attendre à de mauvais résultats. Les recherches ont démontré que la qualité de l'alliance thérapeutique après le troisième entretien est liée aux résultats (Horwat & Greenberg, 1986).

Nous voyons donc que l'établissement d'une forte alliance thérapeutique est estimé comme cruciale pour le succès de la «démarche de conseil psychologique», spécialement à un stade précoce. Un consensus existe donc au sujet de la relation entre l'alliance thérapeutique et les résultats. Mentionnons tout de même que selon Kivlighan (1990), Hartley et Strupp (1983) sont les seuls chercheurs à n'avoir pas trouvé une relation directe entre l'alliance thérapeutique et les résultats. Ces derniers ont tout de même remarqué que les patients ayant des résultats plus positifs montrent une augmentation de l'alliance thérapeutique durant les quatre premiers entretiens alors que les patients ayant de moins bons résultats rapportent une rupture dans l'alliance à la même période.

3.2.2 Alliance thérapeutique et rupture du traitement

Selon Pekarik (1983), l'estimation des ruptures dans la «démarche de conseil psychologique» est de 30% à 60%. Sue, McKinney & Allen (1976) ont mis en évidence que sur un échantillon de 2551 patients, recueillis dans 17 centres thérapeutiques, 41% ont rompu tout contact après le premier entretien d'admission. Taube, Burns & Kessler (1984) ont examiné la durée des consultations de patients suivis en cabinet privé par des psychiatres ou des psychologues et ont montré que 42,7% des patients restaient moins de 5 séances en consultations. Bordin (1979), suggère qu'une des conséquences d'une alliance thérapeutique faible est la rupture de la part du patient.

Larsen et al. (1983) ont montré que l'élément relationnel dans le tout début de l'établissement d'un contact thérapeutique (premier téléphone) joue un rôle déterminant dans les ruptures précoces et dans le fait de manquer le premier rendez-vous avec le thérapeute.

Kokotovic & Tracey (1987) ont examiné les trois variables suivantes comme étant prédictives du maintien du processus de consultation de 430 étudiant d'une Université consultant un Centre de Conseil Psychologique:

1. La perception qu'a le patient du «psychologue conseiller» comme ayant de l'expérience et étant digne de confiance
2. L'accord du patient et du «psychologue conseiller» sur la nature et la sévérité du problème
3. La satisfaction du patient par rapport aux entretiens dont il a bénéficié

Ils ont trouvé que la satisfaction du patient par rapport aux entretiens et sa perception du «psychologue conseiller» comme étant un spécialiste et étant digne de confiance étaient liés

au fait de continuer à venir aux rendez-vous. Aucune différence n'a été trouvée entre ceux qui continuaient à venir au rendez-vous et ceux qui ne venaient plus quant à l'accord entre patient et thérapeute sur la nature du problème. Dans le même ordre d'idées, Zamostny et al (1981), ont montré que la perception du «psychologue conseiller» comme étant un spécialiste et étant digne de confiance prédit la satisfaction du patient quant à l'entretien, mais ne prédit pas le fait que le client vienne aux entretiens suivants. Epperson et al. (1983), ont observé quant à eux qu'il y avait moins de rupture dans le traitement lorsque le patient et le «psychologue conseiller» étaient d'accord sur la nature du problème.

Gelso et Fretz (1992), indiquent qu'une forte alliance thérapeutique permet au patient de continuer à venir aux rendez-vous malgré les moments difficiles. Si une entente quant aux buts des entretiens n'est pas présente, le patient est susceptible de ne pas reprendre de rendez-vous. Cela peut être particulièrement le cas lorsque le patient souffre ou est vulnérable ou lorsque le thérapeute lui en demande trop (Gelso et Carter, 1985).

Tyron et Kane (1990), ont quant à eux étudié le lien entre la qualité de l'alliance thérapeutique et le type de rupture, c'est-à-dire unilatérale (décidée par le patient sans consulter le thérapeute) ou mutuelle, dans un Centre de Conseil Psychologique auprès de 103 collégiens. Ils ont trouvé qu'une alliance thérapeutique évaluée comme plus faible par le patient prédisait la rupture unilatérale du traitement. En effet, les patients qui décidaient de cesser le traitement de façon unilatérale évaluaient l'alliance comme plus faible que les patients qui décidait d'arrêter le traitement en accord avec le thérapeute. Par contre aucun lien n'a été trouvé entre l'évaluation de l'alliance thérapeutique par le thérapeute et le type de rupture. Néanmoins, dans une autre de leur étude, Tyron et Kane (1993), ont trouvé que l'alliance thérapeutique avec les patients qui cessaient le traitement avec l'accord du thérapeute était évaluée par celui-ci comme plus forte que l'alliance thérapeutique avec les patients qui rompaient le traitement de façon unilatérale.

3.3 L'alliance thérapeutique au cours du traitement

L'alliance thérapeutique est un phénomène dynamique plus que statique qui est sensible aux demandes changeantes des différentes phases de la thérapie (Bachelor & Salamé, 2000). Gelso et Carter (1994), soulignent d'ailleurs l'importance de la variation des composantes de la relation thérapeutique au cours de la thérapie. En effet, dans le cadre de traitement à durée

limitée, ils ont montré que l'alliance thérapeutique était haute au début de la thérapie, qu'elle déclinait par la suite, mais que pour les cas de traitements « fructueux », elle revenait ensuite à son niveau initial. Leurs observations sont congruentes avec la théorie de Mann (1973) sur les thérapies à durée limitée pour lesquelles trois phases peuvent être prédites : a) une période initiale d'optimisme à l'égard du traitement qui va être suivie par b) une période de frustration et de réactions négatives, et c) une dernière période de réactions positives plus réalistes que celle de la période initiale. Ces observations sont d'une grande importance lorsqu'il s'agit de déterminer le moment le plus pertinent quant à la mesure de l'alliance thérapeutique.

En effet, Eames & Roth (2000) ont effectué une étude sur 43 patients adultes et ont montré que l'alliance thérapeutique s'établissait rapidement au cours de la thérapie et que par conséquent, son évaluation lors des premières séances est plus prédictive des résultats et des ruptures, comparé aux phases du milieu ou de la fin. La plupart des recherches sur l'alliance thérapeutique évaluent d'ailleurs l'alliance à partir de la troisième séance.

D'après Kokotovic & Tracey (1990) la formation d'une alliance thérapeutique solide prend du temps et son évaluation avant la troisième séance ne serait pas valable. Cependant, comme Gelso et Carter (1985) l'ont remarqué, aucun auteur n'a jusqu'ici observé de façon systématique la qualité de l'alliance thérapeutique au cours des trois premières séances de thérapie. Tyron (1989) pense d'ailleurs qu'une relation de collaboration active entre le patient et le thérapeute peut être le précurseur de l'alliance thérapeutique. Luborsky & Morgan (1982) suggèrent quant à eux que beaucoup de patients forment une alliance forte immédiatement à la première séance et ce particulièrement dans des entretiens de conseil psychologique limité dans le temps où il est important d'être capable d'établir rapidement une alliance thérapeutique.

La plupart des auteurs s'accordent donc sur le fait qu'à la troisième séance, l'intensité de l'alliance thérapeutique est prédictive de l'issue du traitement (Hartley et Strupp, 1983 ; Greenberg et Horvath, 1986 ; Luborsky et al. 1982). En effet, de très nombreuses recherches ont montré que la qualité de l'alliance, quand elle est mesurée au troisième entretien, montre un lien positif avec les résultats mesurés après des semaines ou des mois plus tard (Horvath et Greenberg, 1986 ; Horvath & Symond, 1991) Pour Tryon & Kane (1993) il paraît donc pertinent d'évaluer l'alliance thérapeutique à ce moment-là et non plus tôt.

Pour terminer, précisons que l'expérience du thérapeute comme étant aidant et soutenant (type 1) tend à être plus évident au début de la thérapie, tandis que le fait d'une responsabilité

commune dans les objectifs du traitement (type 2) est plus typique des phases ultérieures de la thérapie (Bachelor & Salamé, 2000).

3.4 Facteurs influençant l'alliance thérapeutique

S'il est clair qu'une forte alliance thérapeutique est établie mutuellement entre le patient et le thérapeute, il est aussi clair que les caractéristiques de chaque participant impliqué dans la relation vont affecter la qualité de l'alliance thérapeutique. En effet, des études empiriques suggèrent que certaines caractéristiques des patients (expression de l'agressivité, qualité des relations interpersonnelles, attentes relationnelles) et certaines caractéristiques des thérapeutes (niveau d'expérience, attentes relationnelles) peuvent avoir un impact sur le développement de l'alliance thérapeutique (Kokotovic & Tracey, 1990).

Plusieurs auteurs considèrent que la qualité de l'alliance est fonction de 4 facteurs provenant aussi bien du patient que du thérapeute :

1. les caractéristiques du patient (motivation, attentes, relations interpersonnelles, ouverture et confiance) ;
2. les caractéristiques personnelles du psychologue conseiller ;
3. la technique du conseiller ;
4. la façon dont le patient et le thérapeute sont « assortis » (Hartley et Strupp, 1983).

Frieswyck et al. (1986) définissent l'alliance thérapeutique comme la collaboration active du patient au cours du traitement. Ils se sont donc plus particulièrement intéressés aux facteurs liés à l'expérience qu'a le patient de sa relation avec le thérapeute. Pour eux, l'activité du thérapeute semble représenter un facteur important influençant le développement de l'alliance, mais n'en constitue pas une composante même. Ils ne minimisent pas l'impact de l'attitude du thérapeute sur le comportement du patient, mais estiment que la tâche du thérapeute serait d'amener le patient à collaborer. Le degré de collaboration du patient révèle donc la qualité de l'alliance thérapeutique, l'impact qu'a le comportement du thérapeute sur l'attitude du patient étant indubitablement inclus.

Nous allons donc passer en revue les différentes recherches traitant de cette problématique, en commençant par celle traitant des caractéristiques spécifiques du patient, puis par celles du thérapeute.

Une étude de Ryan et Cicchetti (1985) sur la capacité prédictive de l'alliance thérapeutique dans l'entretien initiale en vue d'une psychothérapie conclut à la nécessité de prendre en compte d'autres éléments, non seulement comme variables isolées, mais aussi comme prédicteurs en relations les uns avec les autres, se modulant réciproquement. Leur étude arrive à la conclusion que le type de relation d'objet que le patient établit influe pour 30% sur la variabilité de l'alliance thérapeutique, alors que les variables telles que la souplesse d'esprit, l'espoir dans le traitement et la souffrance psychique, comptent ensemble pour 11%.

Plusieurs auteurs proposent d'ailleurs que l'habileté du patient à s'engager dans une alliance thérapeutique est liée à la qualité de ses relations interpersonnelles passées et présentes, son degré d'ajustement et le type de problème pour lequel il vient consulter (Kokotovic & Tracey, 1990). Dans le même ordre d'idée, Gelso et Carter (1985), suggèrent quant à eux que les habiletés du patient à établir une alliance thérapeutique solide est liée à sa capacité à s'attacher aux autres, à sa capacité à faire confiance et à sa volonté de prendre des responsabilités dans le travail thérapeutique. Pour Morgan et al (1982), le fait d'avoir des relations actuelles agréables, des relations familiales solide et peu d'agressivité sont les caractéristiques que possèdent les patients capables de former une alliance thérapeutique solide.

Selon Moras et Strupp (1982), les objectifs du patient sont au cœur du travail thérapeutique. En effet, ce sont eux qui amènent le patient à la thérapie parce qu'ils incarnent les changements qu'il désire réaliser. C'est grâce à ses objectifs que le patient poursuit le traitement et continue à essayer de changer. Samples et Strupp (1980) estiment d'ailleurs que la motivation acquise durant le traitement est plus prédictive d'un résultat positif que la motivation présente avant le traitement. Ils ont démontré que l'évaluation du degré de motivation du patient était corrélée significativement avec la force de l'alliance.

O'Malley et al. (1983) pense que la participation du patient n'est pas uniquement due aux caractéristiques de celui-ci, mais semble se développer durant les premières séances, probablement grâce aux actions du thérapeute. La personne même du thérapeute semble aussi avoir une influence sur l'alliance thérapeutique. Les caractéristiques du thérapeute ayant été associées à une meilleure alliance thérapeutique par Dunkle & Friedlander (1996) sont les suivantes: le fait d'être perçu comme un soutien social ainsi que le fait de se sentir à l'aise dans les relations de proximité.

Pour Strupp (1986), les buts fixés par le thérapeute ainsi que ses attitudes jouent un rôle important dans la construction de l'alliance thérapeutique. Il définit la psychothérapie comme une forme professionnelle d'aide dans un contexte particulier, dont les ingrédients essentiels seraient la tolérance, la chaleur, le respect, l'empathie et la bienveillance du thérapeute. Le patient profiterait ainsi du genre de climat que le thérapeute instaure. Selon cet auteur, il existerait deux composantes majeures de l'influence du thérapeute sur la formation de l'alliance : des facteurs non spécifiques (la chaleur, le respect...) et des facteurs spécifiques liés à la technique même du thérapeute.

Pour Kivlighan et al. (1998), il n'y a pas de relations claires entre le degré d'expérience du thérapeute et les résultats d'une démarche de conseil psychologique. En effet, les études montrent des résultats contradictoires. Dans une méta-analyse de 25 études effectuées dans des Centres de Conseil Psychologique, Stain et Lambert (1984) ont trouvé qu'il y avait moins de ruptures du traitement avec des « psychologues conseillers » expérimentés qu'avec des psychologues moins expérimentés. Une des explications qu'en donnent les auteurs est que les psychologues plus expérimentés sont plus efficaces dans la formation d'une bonne alliance thérapeutique. Dans une étude menée par Fonagy et al. (1996) le degré d'expérience du thérapeute n'a pas été trouvé comme prédicteur de la qualité de l'alliance thérapeutique évaluée par le patient, mais il a trouvé que les ruptures prématurées étaient plus fréquentes avec des thérapeutes inexpérimentés qu'avec des thérapeutes expérimentés, indiquant que l'expérience fait une différence au niveau de la relation thérapeutique

Pour terminer, Crits-Christoph et al. (1993) ont démontré que l'habileté à maintenir une alliance positive durant le traitement est liée aux interventions faites par le thérapeute. Quelques études ont examiné le lien pouvant exister entre l'alliance thérapeutique et les interventions du thérapeute. Ainsi, l'alliance et les interventions du psychologue sont étroitement interreliées et interdépendantes. De plus, les patients estiment que la qualité de la relation thérapeutique dépend grandement des interventions du thérapeute (Bachelor, 1995). Certains auteurs se sont donc plus particulièrement intéressés aux interprétations faites par le thérapeute, c'est-à-dire la compréhension théorique qu'il a des difficultés de son patient. Dans l'ensemble, les recherches sur les effets de l'interprétation suggèrent qu'elle est une intervention efficace, mais que son effet dépendrait fortement de certaines caractéristiques du patient, mais aussi de son contenu. Par exemple, Gaston et Ring (1992) ont démontré que les thérapeutes avaient intérêt, pour solidifier l'alliance thérapeutique, à surtout interpréter les

relations interpersonnelles conflictuelles des patients. Selon Foreman et Marmar (1985), il serait aussi important d'interpréter les défenses du patient ainsi que ses sentiments de culpabilité.

Nous constatons que plusieurs auteurs font un lien entre le style d'attachement du patient et la qualité de l'alliance thérapeutique. Nous développerons donc ce sujet dans un des chapitres qui va suivre.

3.5 Evaluation de l'alliance thérapeutique

Durant les 20 dernières années, plusieurs centres de recherche sur l'alliance thérapeutique ont émergé, chacune développant une méthode distincte de mesure de l'alliance thérapeutique. Chacune de ces mesures provient d'une définition différente de l'alliance thérapeutique, de son rôle dans la thérapie et de la source la plus appropriée (patient, thérapeute ou observateur) pour son évaluation. Nous allons donc passer en revue ces différents instruments.

Nous commencerons tout d'abord par présenter les échelles élaborées par Luborsky et ses collaborateurs (1976). Il s'agit des « *Penn Helping Alliance Scales* » qui sont au nombre de trois. Selon leurs auteurs, ces instruments ont été conçus dans la continuité des travaux analytiques, mais leur utilisation est maintenant classique pour des recherches dans des perspectives théoriques différentes.

1. Helping Alliance Counting Signs Method (HACs)

Il s'agit d'une méthode de comptage des signes pour dénombrer chacun des exemples (« signes ») de la séance permettant ainsi d'obtenir la fréquence d'apparition des deux types d'alliances. Cet instrument contient sept sous échelles. Quatre d'entre-elles évaluent l'alliance thérapeutique de type 1, c'est-à-dire l'expérience qu'a le patient du thérapeute vécu comme aidant ou potentiellement aidant :

- Le patient pense que le thérapeute ou la thérapie l'aident
- Le patient ressent des changements depuis le début de la thérapie
- Le patient sent être en lien avec le thérapeute
- Le patient se sent optimiste et confiant quant à l'aide que peuvent lui apporter le thérapeute et le traitement

Les trois autres évaluent l'alliance thérapeutique de type 2 qui concerne l'expérience qu'a le patient du traitement, comme processus de travail, effectué conjointement entre lui et le thérapeute vers des buts assignés :

- le patient a l'impression de travailler conjointement avec le thérapeute
- Le patient partage les mêmes conceptions que le thérapeute sur les origines de ses problèmes
- Le patient montre les mêmes qualités que le thérapeute, plus spécialement en ce qui concerne les outils de compréhension

Chacune de ces sous-échelles est évaluée sur un pôle positif ou négatif par des juges indépendants qui comptent les signes se rapportant aux huit sous-échelles à partir d'une retranscription écrite des séances. Il existe aussi une version de cet instrument pour évaluer l'alliance du point de vue du thérapeute.

2. Helping Alliance Rating Method (HAR)

Elle sert à évaluer une séance entière ou un segment de séance. L'alliance thérapeutique de type 1 est évaluée par les 6 premiers items et celle de type 2 par les 4 derniers. Chaque item est évalué sur une échelle de dix points par des juges indépendants à partir d'une retranscription écrite des séances. Il existe aussi une version de cet instrument pour évaluer l'alliance du point de vue du thérapeute.

Contrairement à l'échelle décrite précédemment, cet instrument n'évalue plus des signes précis, mais effectue un jugement global des séances. Néanmoins, ces deux instruments corrélaient fortement et semblent mesurer la même dimension (Luborsky et al., 1983)

3. Helping Alliance Questionnaire Method (HAQ I)

Il s'agit du questionnaire utilisé dans le cadre de cette recherche. C'est d'ailleurs l'échelle la plus couramment utilisée pour évaluer l'alliance thérapeutique. Elle est composée de 11 items dans sa version originale. Les huit premiers items concernent l'évaluation de l'alliance thérapeutique de type 1 et les trois derniers celle de type 2. Chaque item est rattaché à une échelle de type Likert en 6 points, allant de « tout à fait d'accord » à « pas du tout d'accord ». Elle permet d'obtenir des scores pour l'alliance thérapeutique de type 1, de type 2, ainsi qu'un score d'alliance totale. Elle existe en deux versions identiques, une pour le patient et une pour

le thérapeute. La version du thérapeute mesure l'aide qu'il a l'impression d'apporter au patient, il s'agit donc de l'alliance ressentie par le thérapeute.

Ultérieurement, Luborsky et ses collaborateurs en ont élaboré une nouvelle version de cet instrument (Haq II) composée de 19 items (Luborsky et al., 1996).

4. *la Working Alliance Inventory (WAI).*

Cet instrument a été conceptualisé par Horvath & Greenberg (1986), sur la base du modèle théorique de Bordin (1979) présenté précédemment, c'est-à-dire l'accord quant aux buts du traitement, l'attribution d'une série de tâches permettant d'atteindre ces buts et le développement de liens étroits entre le patient et le thérapeute. Elle est constituée de 12 items. Trois versions sont proposées : patient, thérapeute et observateurs extérieurs

5. *la California Psychotherapy Alliance Scale (CALPAS).*

Elle est basée sur des travaux effectués au *Langley Porter Psychiatric Institute de San Francisco*. La première version comprenait 41 items et était remplie par des juges extérieurs. L'objectif était de noter les contributions favorables ou défavorables du patient et du thérapeute à la constitution d'une alliance. Puis Gaston & Marmar (1994) ont constitué une échelle de 31 puis de 24 items avec une version pour le patient, pour le thérapeute et pour un juge extérieur Cette échelle s'inspire à la fois des théories psychanalytiques et du modèle de Bordin (1979). Elle se présente sous la forme de 4 sous-échelles : 1) l'engagement du patient ; 2) la capacité du patient à travailler ; 3) l'attitude compréhensive du thérapeute et son implication ; 4) le consensus entre le patient et le thérapeute sur les modalités thérapeutiques (objectifs et moyens).

6. *la Vanderbilt Therapeutic Alliance Scale (VTAS).*

Elle a été développée dans le département de psychologie de l'Université de Vanderbilt par Hartley & Strupp (1983). Elle se présente sous la forme de 3 catégories d'items (44 au total) : 1) la contribution du patient ; 2) la contribution du thérapeute ; 3) l'interaction patient-thérapeute. Elle peut être représentée par 6 facteurs : 1) la participation du patient ; 2) l'exploration du patient ; 3) la motivation du patient ; 4) l'acceptation par le patient de ces responsabilités ; 5) Les qualités relationnelles du thérapeute, 6) les attitudes négatives du

thérapeute. Contrairement à la CALPAS, la VTAS ne comporte pas d'auto-questionnaires, seuls des juges extérieurs cotent la qualité de la relation thérapeutique.

En résumé, il existe deux familles d'échelles. La première la *Penn* et la *WAIS* théoriquement plus homogène, dont toutes les sous-échelles sont fortement liées entre elles et la seconde la *CALPAS* et la *VTAS* construite par analyse factorielle, dont chaque sous-échelle représente une dimension indépendante.

Quel que soit l'outil utilisé pour la mesurer, la qualité de l'alliance entre le patient et le thérapeute au début de la thérapie semble être un bon prédicteur de l'évolution du patient au cours de la thérapie. Cela, quels que soient le type de thérapie et le type de critère utilisé pour mesurer l'efficacité de la prise en charge (Horvath & Symonds, 1991).

4. L'attachement et l'alliance thérapeutique

Nous avons vu précédemment que plusieurs chercheurs se sont intéressés aux facteurs pouvant influencer le développement de l'alliance thérapeutique. Des études ont montré que les patients qui développent une alliance thérapeutique faible sont caractérisés par des difficultés à maintenir des relations sociales, ont des relations familiales passées et des relations actuelles pauvres (Mallinckrodt, 1991) ainsi que des relations d'objet de mauvaises qualités (Piper et al. 1991). Nous allons donc à présent aborder la relation entre l'attachement et l'alliance thérapeutique.

Les réflexions à partir de l'attachement théorisent le concept d'alliance thérapeutique sous le terme de « base sécurisante », qui est l'objectif indispensable de toute psychothérapie (Mackie, 1981). En effet, comme nous l'avons vu, le thérapeute peut être perçu comme une base de sécurité, comme quelqu'un de stable et de cohérent, dont le soutien, la compréhension et la guidance occasionnelle aident le patient à explorer les relations affectives, même si elles sont douloureuses.

Selon Bowlby (1988), la formation de l'alliance thérapeutique est affectée par la capacité des individus à avoir des relations réciproques, lesquelles sont affectées par les modèles internes préexistants de soi et des autres formés dans les relations précoces avec les donneurs de soins. Ainsi, les relations durant l'enfance jouent un rôle prépondérant dans la capacité du patient à entrer en relation avec le thérapeute. Le style relationnel formé dans les toutes premières interactions avec les parents a d'ailleurs aussi été mis en évidence comme facteurs prédictifs

dans le développement de l'alliance thérapeutique. Par exemple, Mallinckrodt (1991), a démontré l'existence d'une relation entre les souvenirs des patients de la qualité des liens avec leurs parents et l'alliance thérapeutique. Il a aussi trouvé que la qualité des relations sociales actuelles était un prédicteur significatif de l'évaluation de l'alliance thérapeutique par le patient. Le fait de se sentir à l'aise dans les relations intimes était prédicteur d'une bonne alliance thérapeutique et un haut niveau d'anxiété dans les relations prédisait une alliance plus négative. Kokotovic et Tracey (1990), ont trouvé que les patients qui étaient vus par leur psychologue conseiller comme ayant des relations sociales pauvres avaient de plus grandes difficultés à former une relation de travail avec lui.

Il n'est donc pas étonnant que les chercheurs se soient intéressés au style d'attachement du patient comme étant une des variables pouvant affecter la qualité de l'alliance thérapeutique. Rappelons que les individus avec un attachement sûr ont une vision positive d'eux-mêmes et des autres et se sentent à l'aise dans les relations de proximité et avec les expériences de séparation. En revanche, les individus avec un attachement insécure ont un modèle négatif d'eux-mêmes et des autres, avec pour résultat de se sentir mal à l'aise dans les relations proches et d'éprouver de l'anxiété lors des séparations.

Satterfield & Lyddon (1995), ont mené une étude sur 96 universitaires qui consultaient un Centre de Conseil Psychologique pour la première fois. Ils rapportent que les patients avec un style d'attachement « *sûr* » sont plus à même de former une alliance thérapeutique positive, alors que les patients avec un style d'attachement « *évitant* » sont plus enclins à former une alliance négative. Dans une autre étude (1998), ces mêmes chercheurs ont trouvé que les modèles internes du patient étaient au moins partiellement liés au développement de l'alliance thérapeutique dans une démarche de conseil psychologique. En effet, les patients qui se voient comme dignes d'être aimés et qui voient les autres comme dignes de confiance, accessibles et sensibles sont plus enclins à former des liens émotionnels et à négocier des buts significatifs avec le thérapeute. Les auteurs n'ont par contre pas trouvé de lien entre les styles d'attachement insécures (anxieux-ambivalent et évitant) et l'évaluation de l'alliance thérapeutique, mais ils émettent l'hypothèse que leur échantillon était trop petit.

Dans une troisième étude, Satterfield & Lyddon (1995), soulignent que les patients dont les modèles internes sont marqués par un manque de confiance en la disponibilité des autres, sont plus enclins à évaluer la relation de conseil en termes négatifs. Ces résultats sont importants,

car des telles difficultés tôt dans la formation de l'alliance thérapeutique peuvent ultérieurement amener à des résultats défavorables dans le processus de conseil psychologique. Ces résultats suggèrent que la confiance des patients en la disponibilité du thérapeute est plus importante pour la formation de l'alliance thérapeutique que le fait d'être à l'aise dans les relations de proximité et d'intimité ou la peur d'être abandonné.

Dolan, Arnkoff, Glass (1993), ont montré que les patients avec un style d'attachement sécure formaient une bonne alliance thérapeutique en terme d'accord sur les buts et les tâches de la prise en charge, alors que les patients avec un style d'attachement évitant montraient peu d'accord sur les buts du traitement.

Kanninen & Salo (2000) ont effectué une recherche sur 50 hommes demandant une consultation psychologique. Ils ont trouvé que pour les individus « *autonomes* » (modèle de soi et des autres positifs), il y a une rupture de l'alliance au milieu de la thérapie et qu'ensuite la qualité de l'alliance augmente jusqu'à atteindre son niveau initial à la fin. Pour les individus « *préoccupés* » (modèle de soi négatif et modèle des autres positif) l'alliance décline petit à petit au milieu de la thérapie et augmente petit à petit à la fin. Pour les individus « *détachés* » (modèle de soi positif et modèle des autres négatif), l'alliance est à peu près la même au début et au milieu de la thérapie, mais elle baisse à la fin. Les sujets ayant un style d'attachement insécure ont généralement une histoire de relations interpersonnelles pauvres et abordent les nouvelles relations, comme celles avec leur thérapeute, avec appréhension. L'établissement d'une alliance positive peut donc prendre plus de temps que pour les sujets sécures.

En ce qui concerne le niveau d'expérience du psychologue conseiller, Kivlighan et al. (1998), ont trouvé que lorsque les patients n'étaient pas à l'aise dans les relations intimes, le degré d'expérience du psychologue conseiller était corrélé positivement à la qualité de l'alliance thérapeutique. Quand les patients se sentent à l'aise dans les relations intimes, le niveau d'expérience du psychologue conseiller n'était pas lié à la qualité de l'alliance thérapeutique évaluée par les patients. Les patients qui sont à l'aise dans les relations intimes et qui n'ont pas de peine à dépendre des autres perçoivent l'alliance thérapeutique comme bonne quel que soit le degré d'expérience du psychologue conseiller.

Pour terminer, Eames & Roth (2000) ont observé les relations entre le style d'attachement des patients, le développement de l'alliance thérapeutique précoce et les ruptures de l'alliance durant le traitement. Un attachement « *évitant* » est associé à des scores d'alliances plus bas et un style d'attachement « *sécuré* » à des scores d'alliance plus hauts. Cela suggère qu'un système d'attachement caractérisé par de l'anxiété et de l'évitement des relations de proximité peut gêner le développement de l'alliance. Par ailleurs, la fréquence des constats de rupture de l'alliance durant le traitement varie en fonction du style d'attachement. Selon la classification de Bartholomew et Horowitz (1991), un style d'attachement « *préoccupé* » (modèle de soi négatif et modèle des autres positif) est associé avec plus de rupture de l'alliance et un style d'attachement « *détaché* » (modèle de soi positif et modèle des autres négatif) avec moins de rupture. Ces résultats sont importants car la rupture de l'alliance thérapeutique peut apporter une opportunité de changement thérapeutique. En effet, en explorant, en comprenant et en résolvant les ruptures de l'alliance thérapeutique, le thérapeute peut donner au patient une nouvelle expérience interpersonnelle constructive pouvant modifier ses schémas interpersonnels maladaptés (Safran, & Muran, 1996).

Il semblerait que le degré d'adhésion du patient au traitement dépendrait de la qualité de la relation thérapeute-patient. Dans le chapitre qui va suivre nous allons donc nous intéresser aux facteurs ayant une influence sur l'adhésion au traitement.

5. Les facteurs liés à l'adhésion au traitement

Le fait de suivre une indication de traitement peut être conceptualisé sous le terme d'« adhésion » au traitement. En anglais, l'adhésion à un traitement est connue sous le nom de « compliance ». La compliance a été définie de différentes façons, mais Haynes (1979) la définit comme la manière dont le comportement d'une personne coïncide avec un conseil médical. Nous aurions aussi pu utiliser le mot « adhérence » au traitement, mais le terme d'adhésion nous semble moins péjoratif. En effet, il impliquerait une coopération et une approbation réfléchie plutôt qu'une soumission aux ordres (Mehta, Moore & Graham, 1997). L'adhésion aux indications de traitement nous semble un sujet important puisque la non-adhésion à un traitement psychologique ou psychiatrique est liée à une mauvaise évolution (Mefi et al., 1998).

Les recherches sur l'adhésion au traitement concernent généralement trois domaines :

- a) les recherches liées aux traitements médicaux (régime, prise de médicaments, maladies chroniques, HIV)
- b) les recherche portant sur la théorie de l'influence sociale
- c) les recherches sur le suivi de conseils comportementaux ou cognitivo-comportementaux (contrôle du poids, arrêt tabagique, relaxation...)

Nous constatons que les chercheurs ont souvent étudié la « compliance » ou son contraire la résistance à un traitement, mais ces concepts n'ont pas souvent été investigués dans le cadre de Centres de Conseil Psychologique. En effet, en ce qui concerne les traitements psychologiques, il nous semble que les recherches se sont plutôt intéressées à la non adhésion à un traitement et dans ce cas, les chercheurs parlent plutôt de refus de traitement, d'abandon ou encore de rupture de traitement. En ce sens, Marks (1978) rapporte que sur un groupe de 100 patients suivis dans un centre de thérapie comportementale d'un hôpital, 23 % ont refusé le traitement. Phillips & Fagan (1982) ont montré que sur un total de 2922 étudiants inscrits pour une consultation dans centre de conseil psychologique, 49 % ont abandonné après la première séance.

Pour expliquer ces abandons, plusieurs variables sont invoquées: le niveau d'éducation, l'âge, l'origine ethnique, la motivation, les événements de vie, l'inadaptation de la thérapie proposée, le statut socio-économique (Berrigan & Garfield, 1981), la proximité des discours du patient et du thérapeute ainsi que leur contenu (Duehn & Proctor, 1977), la capacité des participants à établir des objectifs de traitement (Tracey, 1986). Le sexe et l'âge des patients ne semblent pas être prédictif de l'adhésion au traitement. Pekarik & Wierzbicki (1986) soulignent que les patients s'attendent à une durée de prise en charge relativement courte et on montré que sur un échantillon de 148 patients, 73,3 % des sujets n'ont pas dépassé la dixième séance et environ le même nombre ne s'attendait pas à y rester plus de 10 séances. Mohl et al. (1991) ont analysé le contenu d'entretiens menés auprès de 96 patients. Les patients qui ont arrêté prématurément leur thérapie, présentent les caractéristiques suivantes: a) Ils ont moins apprécié le thérapeute, et l'ont perçu moins aimant et moins respectueux ; b) Ils sont apparus plus passifs et moins compréhensifs ; c) Ils ont ressenti une moins bonne alliance thérapeutique. En effet, en ce qui concerne les caractéristiques de la relation patient-thérapeute, la faible satisfaction de la relation est en lien avec moins d'adhésion au traitement (Ickovics & Meisler, 1997), alors que des explications claires, des encouragements, de la réassurance, du soutien et des rétroactions (Williams, 1999) sont liés à plus d'adhésion. Des

chercheurs (DiMatteo & DiNicola, 1982), ont montré que le degré d'adhésion du patient au traitement rapporté par un auto-questionnaire dépend largement de la qualité de la relation thérapeute-patient. Docherty (1985) souligne d'ailleurs que l'élément d'alliance thérapeutique est fondamental dans les problèmes de compliance médicamenteuse.

Mentionnons tout de même qu'en ce qui concerne les recherches sur l'adhésion à un traitement médical lors de maladie chroniques (sida, diabète, asthme, hypertension artérielle) l'adhésion au traitement est de 40 à 60%.

Les plus importantes caractéristiques du patient en lien avec la non-adhésion au traitement médical sont les suivantes: le jeune âge du patient, le fait d'être de sexe masculin, la faiblesse du statut socio-économique, un faible soutien social (Mehta et al. 1997) ; le fait d'être une minorité ethnique (Muma et al., 1995) ; l'instabilité ou la pauvreté du logis, un bas niveau d'éducation ainsi que l'absence de couverture médicale (Crespo-Fierro, 1997) ; le fait de souffrir de dépression, de stress, d'anxiété ainsi qu'une faiblesse des stratégies d'adaptation (Tseng, 1998).

Voyons maintenant les principaux résultats en ce qui concerne les caractéristiques du patient liées à son adhésion au traitement médical : une bonne compréhension des objectifs du traitement et de la maladie en tant que telle (Stephenson, 1999) ; un sentiment de contrôle sur sa vie et l'adhésion lors d'une situation antérieure (Ickovics et Meisler, 1997), ainsi que le fait de vivre avec quelqu'un d'autre et de bénéficier d'un soutien social (Rabkin & Chesney, 1998).

6. Hypothèses théoriques

Après avoir déterminé le cadre théorique de cette recherche nous allons à présent aborder les objectifs qui en découlent, c'est-à-dire l'influence du style d'attachement de l'étudiant et de la qualité de l'alliance thérapeutique sur l'adhésion aux indications de traitement psychologique faites au CCP. Plus précisément, nous allons tenter de répondre aux questions suivantes :

1. Y a-t-il un lien entre le style d'attachement et l'adhésion à l'indication de traitement psychologique?
2. La qualité de l'alliance thérapeutique est-elle liée à l'adhésion aux indications de traitement psychologique ?
3. Quel est le lien entre le style d'attachement et l'alliance thérapeutique ?

Hypothèse théorique 1

Notre première hypothèse concerne le lien entre le style d'attachement et l'adhésion aux indications de traitement.

Rappelons que les individus avec un style d'attachement « *sécure* » ont une vision positive d'eux-mêmes et des autres et se sentent à l'aise dans les relations de proximité et avec les expériences de séparation. Pour ces individus, les autres sont vus comme ouverts, réceptifs et collaborant. En revanche, les individus avec un attachement « *insécure* » ont un modèle négatif d'eux-mêmes et des autres, avec pour résultat de se sentir mal à l'aise dans les relations proches et d'éprouver de l'anxiété lors des séparations. Plus spécifiquement, les individus se situant dans un style d'attachement « *évitant* » sont mal à l'aise avec les relations proches et ont des difficultés à dépendre des autres et les sujets « *anxieux- ambivalents* » recherchent une grande proximité et ont peur d'être abandonnés (Hazan et Shaver 1987).

Le thérapeute ou le « psychologue conseiller » sont des exemples de figures d'attachement à l'âge adulte. Amini et al. (1996), proposent que lorsque la psychothérapie se passe bien, c'est précisément parce qu'elle fonctionne comme une relation d'attachement.

Dozier (1990), a montré que les patients évalués comme moins sécurés étaient moins coopérant durant le traitement. Un modèle interne sécuré est donc associé avec une meilleure coopération du patient au traitement.

De plus, un fort attachement au thérapeute est associé avec une plus grande fréquentation et une plus longue durée de la thérapie (Parish & Eagle, 2003).

- Les sujets ayant un style d'attachement sécuré auront moins de difficulté à se « séparer » du thérapeute rencontré au CCP, leur permettant ainsi de poursuivre la démarche de soin débutée au CCP avec un autre thérapeute. On s'attend donc à ce qu'ils soient plus collaborant et qu'ils adhèrent aux indications de traitement. A l'inverse, les sujets avec un style d'attachement insécures (évitant et anxieux-ambivalents) auront plus de difficulté à poursuivre la démarche débutée au CCP avec un autre thérapeute.

Hypothèse théorique 2

Nous allons nous intéresser ici au lien pouvant exister entre la qualité de l'alliance thérapeutique et l'adhésion au traitement

Rappelons que pour Greenson (1965) l'alliance thérapeutique dépendrait essentiellement de la motivation du patient à résoudre ses difficultés, de sa volonté à coopérer et enfin de sa capacité à suivre des instructions. Pour Luborsky (1976), la formation de l'alliance thérapeutique dépendrait de l'expérience qu'a le patient de la relation thérapeutique comme plus ou moins aidante pour atteindre ses buts. Nous avons vu qu'elle était d'ailleurs la variable la plus importante en ce qui a trait aux résultats du traitement (Luborsky et al., 1980). L'établissement d'une forte alliance thérapeutique est estimé comme cruciale pour le succès de la «démarche de conseil psychologique», spécialement à un stade précoce. Bordin (1979), suggère qu'une des conséquences d'une alliance thérapeutique faible est d'ailleurs la rupture de la part du patient.

- Si la qualité de l'alliance thérapeutique est bonne, le patient continuera la démarche de soin qu'il a entreprise au CCP et adhèrera donc aux indications de traitement.

Hypothèse théorique 3

Nous allons donc à présent aborder la relation entre l'attachement et l'alliance thérapeutique. Nous avons vu précédemment que les patients qui développent une alliance thérapeutique faible sont caractérisés par des difficultés à maintenir des relations sociales, ont des relations familiales passées et des relations actuelles pauvres (Mallinckrodt, 1991). Des études ont montré que le fait de se sentir à l'aise dans les relations intimes était prédicteur d'une bonne alliance thérapeutique et un haut niveau d'anxiété dans les relations prédisait une alliance plus négative. Kokotovic et Tracey (1990), ont mis en évidence que les patients qui étaient vus par leur psychologue conseiller comme ayant des relations sociales pauvres avaient de plus grandes difficultés à former une relation de travail avec lui.

Plus spécifiquement, Satterfield & Lyddon (1995) ont rapporté que les patients avec un style d'attachement «*sécuré*» étaient plus enclins à former une alliance thérapeutique positive, alors que les patients avec un style d'attachement «*évitant*» étaient plus à même de former une alliance négative. Ils ont montré que les patients qui se voient comme digne d'être aimé et qui voient les autres comme dignes de confiance, accessibles et sensibles sont plus enclins à former des liens émotionnels et à négocier des buts significatifs avec le thérapeute.

Dolan, Arnkoff, Glass (1993), ont montré que les patients avec un style d'attachement sécuré formaient une bonne alliance thérapeutique en terme d'accord sur les buts et les tâches de la prise en charge, alors que les patients avec un style d'attachement évitant montraient peu d'accord sur les buts du traitement.

- Les sujets avec un style d'attachement sécure formeront une bonne alliance thérapeutique, alors que les sujets avec un style d'attachement insécure (évitant ou anxieux-ambivalents) formeront une alliance thérapeutique de moins bonne qualité

III. Méthode

Ce chapitre a pour objectif de présenter la méthode que nous avons adoptée pour cette recherche. Nous allons donc décrire les diverses caractéristiques de notre échantillon ainsi que la procédure suivie dans cette recherche. Puis nous verrons plus en détail les instruments utilisés, à savoir l'Adult Attachment Questionnaire, le Helping Alliance Questionnaire ainsi que le questionnaire d'adhésion. Nous terminerons par une opérationnalisation des hypothèses théoriques à travers la présentation des variables dépendantes, indépendantes et contrôlées et des hypothèses opérationnelles.

1. Population

La population testée pour vérifier les hypothèses est composée de **20 sujets** ayant consulté le CCP. Cet échantillon est représenté par 13 femmes et de 7 hommes et ont entre 19 et 34 ans, l'âge moyen étant de 25 ans ($M = 25.35$, $s.d = 4.2$).

Comme nous l'avons vu, la plupart des auteurs s'accordent sur le fait qu'à la troisième séance, l'intensité de l'alliance thérapeutique est prédictive de l'issue du traitement (Hartley et Strupp, 1983 ; Greenberg et Horvath, 1986 ; Luborsky et al. 1982). C'est la raison pour laquelle nous avons décidé d'évaluer l'alliance thérapeutique à partir du troisième entretien et non plus tôt.

Le CCP n'ayant pas pour vocation de poser un diagnostic, les sujets ont donc été sélectionnés en tenant compte uniquement des deux critères suivants :

- Ils devaient bénéficier de trois entretiens au minimum
- Une indication de traitement psychologique devait leur avoir été conseillée à l'issue des entretiens (coordonnées de thérapeutes).

Cette recherche excluait les étudiant(e)s déjà suivi en thérapie, ainsi que les étudiant(e)s qui allaient être suivis au CCP.

Les sujets de cette recherche ont bénéficié de 3 à 7 entretiens, ce qui donne une moyenne de 4 entretiens ($s.d. = 1$).

2. Procédure

Si les critères d'inclusion étaient remplis, la procédure était la suivante :

- **Avant le dernier entretien**, le thérapeute demandait l'accord du sujet quant à sa participation à la recherche en lui donnant un document écrit (annexe 1) où lui était expliqué qu'afin d'optimiser les ressources que propose le Centre de Conseil Psychologique de l'Université de Genève et de les adapter au mieux pour répondre aux attentes des étudiants, un travail de réflexion était entrepris par le CCP. Il lui était ensuite expliqué que lors du prochain entretien il lui serait demandé de remplir deux questionnaires: le premier concernant son niveau de proximité dans ses relations interpersonnelles et le deuxième concernant son appréciation de la relation qu'il a eu avec le ou la psychologue. Il lui était précisé que conformément aux règles de l'anonymat, de la confidentialité et de la protection des données, un code lui serait attribué et que seule la personne traitant les données (une psychologue tenue au secret professionnel) serait en mesure d'identifier ce code. Le sujet n'était pas obligé de donner son accord à ce moment-là, un délai de réflexion lui était donné jusqu'au prochain entretien.
- **A la fin du dernier entretien**, si le sujet participait à la recherche, son accord lui était demandé quant à l'envoi par courrier d'un questionnaire trois mois après le dernier entretien. Le sujet restait alors dans le bureau de consultation et le thérapeute lui transmettait les deux questionnaires. Il lui demandait alors de lire les consignes et répondait à ses questions éventuelles. Il expliquait ensuite au sujet que lorsqu'il aurait terminé, il devait déposer les deux questionnaires dans l'urne qui se trouvait à côté de lui. En effet, afin d'éviter que le sujet ne réponde pas en toute honnêteté en sachant que le thérapeute pourrait avoir connaissance de l'appréciation de la relation qu'il avait eu avec celui-ci, il lui était demandé de déposer les questionnaires dans une urne et en lui précisant que le thérapeute n'aurait pas connaissance de son évaluation.

A la suite du dernier entretien, le thérapeute remplissait lui aussi le questionnaire portant sur d'alliance thérapeutique.

3. Instruments

Cette recherche utilise deux instruments et un questionnaire afin de répondre aux hypothèses formulées.

Les deux instruments retenus pour cette recherche sont l'Helping Alliance Questionnaire dans sa première version (HAq1) de Luborsky (1976), ainsi que l'Adult Attachment Questionnaire (AAQ) de Simpson (1990). Une des raisons principales de ce choix concerne la brièveté de passation de ces questionnaires. En effet, il ne fallait pas que la recherche prenne trop de place dans la démarche de consultation du sujet. Il a donc été décidé que la passation des deux questionnaires ne devait pas durer plus de 15 minutes. Il fallait aussi que ces instruments aient été validés en français, ce qui est le cas de ces deux questionnaires.

3.1 L'Adult Attachment Questionnaire

L'Adult Attachment Questionnaire (AAQ) a été créé par Simpson en 1990 (annexe 2). Cet instrument se compose des 13 items provenant des énoncés originaux de la mesure d'Hazan et Shaver (1987). En effet, pour créer le QAA, Simpson a pris les trois items de Hazan et Shaver et les a partagé en plusieurs déclarations auxquelles les sujets doivent répondre.

La consigne était la suivante : « Voici 13 énoncés avec lesquels vous pouvez être en accord ou en désaccord. Il s'agit d'évaluer les énoncés en vous demandant comment ils décrivent typiquement vos relations interpersonnelles en général. Il n'y a pas de bonne ou de mauvaise réponse. Indiquez votre degré d'accord ou de désaccord avec chacun des énoncés en cochant la case appropriée ».

Les cinq premiers items sont conceptuellement associés au style d'attachement sécure, les quatre suivants au style d'attachement évitant et les quatre derniers au style d'attachement anxieux-ambivalent. Chaque item est rattaché à une échelle de Likert en 7 point, allant de « fortement en accord » (score de 7) à « fortement en désaccord » (score de 1).

En additionnant les scores de chaque item on obtient un score d'attachement **sécure** (pouvant varier de **5 à 35**), un score d'attachement **évitant** (pouvant varier de **4 et 28**) et un score d'attachement **anxieux-ambivalent** (pouvant varier de **4 et 28**). Plus le score est élevé, plus le sujet correspond au style d'attachement. Cela nous permet d'obtenir des « profils » d'attachement à travers les trois styles, en faisant l'hypothèse que les styles d'attachement ne sont pas mutuellement exclusifs. Etant donné que pour cette recherche nous avons besoin de connaître le style d'attachement le plus prégnant, c'est le score du style d'attachement le plus élevé qui a été retenu.

3.2 L'Helping Alliance Questionnaire

L'Helping Alliance Questionnaire dans sa première version (HAq1) a été créé en 1976 par Luborsky. Il s'agit d'un auto-questionnaire composé de 11 items. Il est demandé au sujet de répondre aux questions « comment ça vient » en cochant la colonne dont la réponse convient le mieux à la situation. Il lui est précisé que c'est ce qu'il sent qui lui est demandé et qu'il n'y a pas de bonne ou de mauvaise réponse.

Les huit premiers items concernent l'évaluation de l'alliance thérapeutique de type 1 (l'expérience qu'a le patient du thérapeute vécu comme aidant ou potentiellement aidant) et les trois derniers celle de type 2 (l'expérience qu'a le patient du traitement, comme processus de travail, effectué conjointement avec le thérapeute vers des buts assignés), telles que les a définies Luborsky (1976). Il existe en deux versions identiques, une pour le patient et une pour le thérapeute.

Chaque item est rattaché à une échelle de type Likert en 6 points, allant de « tout à fait d'accord » (score de 1) à « pas du tout d'accord » (score de 6).

En additionnant les scores de chaque item, on obtient pour le patient et pour le thérapeute un score total pour l'alliance thérapeutique de **type 1** (pouvant varier de **8 à 48**), un score total pour l'alliance thérapeutique de **type 2** (pouvant varier de **3 à 18**, ainsi qu'un score d'alliance thérapeutique **total** (pouvant varier de **11 à 77**). Lorsque le sujet est « tout à fait d'accord » avec un item, cet item vaut 1 point. De ce fait, plus le score est bas, plus la qualité de l'alliance est évaluée comme bonne ou forte.

Afin d'avoir un aperçu plus précis de ce questionnaire, un exemplaire de ce dernier a été annexé à ce travail (annexe 3).

La version du thérapeute mesure l'aide qu'il a l'impression d'apporter au patient, il s'agit donc de l'alliance ressentie par le thérapeute (annexe 4).

3.3 Le questionnaire d'adhésion

Il s'agit d'un questionnaire qui a été élaboré avec l'aide du Prof C. Robert-Tissot, ainsi que du directeur du CCP, M. P. Moiroud (annexe 5). Le but principal de ce questionnaire est de savoir si le sujet a adhéré ou non à l'indication de traitement psychologique qui lui avait été faite à l'issue des entretiens au CCP. Néanmoins, nous avons ajouté des questions qui

n'étaient pas directement liées aux hypothèses de cette recherche, mais que nous trouvions pertinentes.

Nous avons donc pris la liberté d'ajouter des questions concernant la qualité des services reçus au CCP et la pertinence de l'indication de traitement psychologique. Le questionnaire est donc composé des huit questions suivantes évaluées sur une échelle de Lickert en 4 points :

- 1. Comment évaluez-vous la qualité des services que vous avez reçus au Centre de Conseil Psychologique ?*
- 2. Avez-vous reçu le type d'aide que vous souhaitiez ?*
- 3. Dans quelle mesure le Centre de Conseil Psychologique a-t-il répondu à vos attentes ?*
- 4. Qu'avez-vous pensé de cette recommandation qui vous a été faite au Centre de Conseil Psychologique ?*
- 5. Avez-vous consulté le service ou la personne qui vous avait été recommandé ?*
- 6. Etes-vous de manière générale satisfait(e) de la démarche qui vous a été proposée ?*
- 7. Avez-vous convenu d'un suivi avec la personne ou le service qui vous avait été recommandé ?*
- 8. Pourquoi n'avez-vous pas consulté la personne ou le service qui vous avait été recommandé ?*

A la fin du questionnaire, un espace libre était laissé au sujet afin qu'il puisse émettre d'éventuelles remarques s'il le souhaitait (annexe 6).

4. Opérationnalisation

Cette partie présente les différentes variables qui feront l'objet des analyses ultérieures.

4.1 Variable dépendante

VD : L'adhésion à l'indication de traitement psychologique.

Les deux modalités de cette variable sont OUI ou NON suivant la réponse donnée par le sujet au questionnaire d'adhésion.

4.2 Variables indépendantes

Les deux variables indépendantes suivantes ont été opérationnalisées :

VI 1 : Le style d'attachement

Les trois mesures de cette variable sont :

- **Le style d'attachement sécure**, évalué par les cinq premiers items du AAQ. Ce score peut varier de 5 à 35
- **Le style d'attachement évitant**, évalué par les quatre items suivants du AAQ. Ce score peut varier de 4 à 28
- **Le style d'attachement anxieux-ambivalent**, évalué par les quatre derniers items du AAQ. Ce score peut varier de 4 à 28

VI 2 : La qualité de l'alliance thérapeutique

Les six mesures de cette variable sont :

- **La qualité de l'alliance thérapeutique de type 1 évaluée par le patient** à l'aide des huit premiers items de l'auto-questionnaire Haq1 dans la version pour le patient. Ce score peut varier de 8 à 48.
-
- **La qualité de l'alliance thérapeutique de type 2 évaluée par le patient** à l'aide des trois derniers items de l'auto-questionnaire Haq1 dans sa version pour le patient. Ce score peut varier de 3 à 18.
- **La qualité de l'alliance thérapeutique totale évaluée par le patient** à l'aide des 11 items de l'auto-questionnaire Haq1 pour le patient. Le score peut varier de 11 à 77.

De manière complémentaire, nous avons aussi analysé les trois mesures de la qualité de l'alliance thérapeutique évaluée par le thérapeute. De plus, nous avons effectué une comparaison entre l'alliance thérapeutique évaluée par le patient et celle évaluée par le thérapeute.

4.3 Variables contrôlées et neutralisées

Seules deux variables sont contrôlées. Il s'agit du fait d'avoir bénéficié d'indications de traitement psychologique à l'issue des entretiens ainsi que du nombre d'entretien, qui doit être de trois au minimum (lien avec la théorie qui dit que l'alliance est bien évaluée au bout du troisième entretien).

C'est le même thérapeute qui a mené les entretiens et évalué la qualité de l'alliance thérapeutique à l'issue de ceux-ci pour tous les sujets inclus dans cette recherche. Il n'y a donc pas de problème de fidélité inter-juge.

4.4 Hypothèses opérationnelles

Selon la littérature sur l'alliance thérapeutique et le style d'attachement, les hypothèses suivantes ont été posées :

- **Hypothèse 1** :

- **Hypothèse 2** :

- **Hypothèse 3** :

5. Considérations éthiques

Comme détaillé dans le chapitre concernant la procédure de cette étude, chaque sujet a été mis au courant des modalités et des finalités de cette recherche grâce à un document écrit et signé par le directeur du CCP, M. P. Moiroud. Un délai de réflexion quant à la participation du sujet lui était donné jusqu'à l'entretien suivant.

Nous avons été très attentifs au respect de la confidentialité. En effet, un code a été attribué à chaque sujet et il lui était précisé que seule la personne traitant les données (une psychologue tenue au secret professionnel) sera en mesure d'identifier ce code. Il lui était explicitement précisé que le thérapeute qui avait conduit les entretiens n'aurait pas connaissance de son évaluation.

IV Résultats

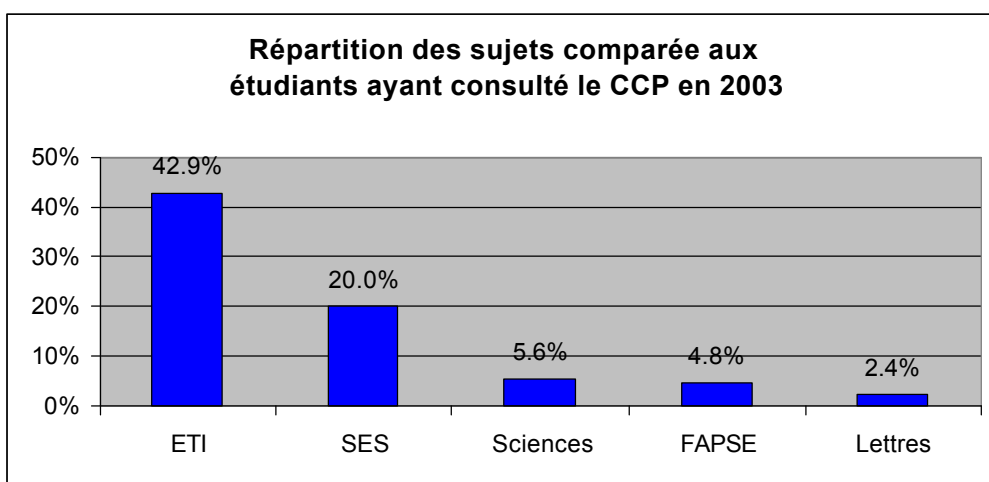
Dans ce chapitre seront présentés les principaux résultats de cette recherche issus des analyses descriptives et inférentielles. Dans la première partie seront discutés les résultats des sujets aux trois questionnaires et dans la deuxième les résultats en lien avec nos hypothèses.

1. Caractéristiques des sujets

Pour commencer, nous allons voir plus précisément quelles sont les caractéristiques des 20 sujets qui composent notre échantillon. Tous les sujets consultaient le CCP pour la première fois. Il nous paraît important de souligner que malgré le fait que pour huit sujets nous ayons dû envoyer une lettre de rappel quant au renvoi du questionnaire d'adhésion, l'ensemble des 20 sujets nous ont retourné le questionnaire.

En ce qui concerne leur **nationalité**, 13 sujets sont de nationalité suisse, 3 sont d'origine allemande, 3 de nationalité française et 1 sujet est originaire du Brésil.

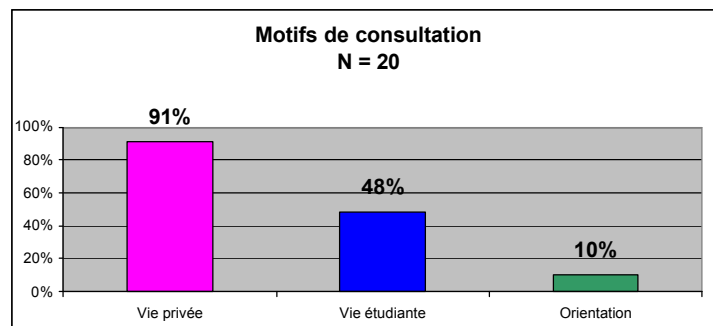
S'agissant de la **faculté fréquentée** par notre échantillon, 60% des sujets sont en Faculté des Sciences Économiques et Sociales (N= 12), 15% étudient à l'École de traduction et d'interprétation (N=3), 15% sont à la Faculté de Psychologie et des Sciences de l'Éducation (N=3), 5% sont en Faculté des Lettres (N=1) et enfin 5% étudient à la Faculté des Sciences (N=1).



Graphique 1 : Répartition des sujets comparée aux étudiants ayant consulté le CCP en 2003

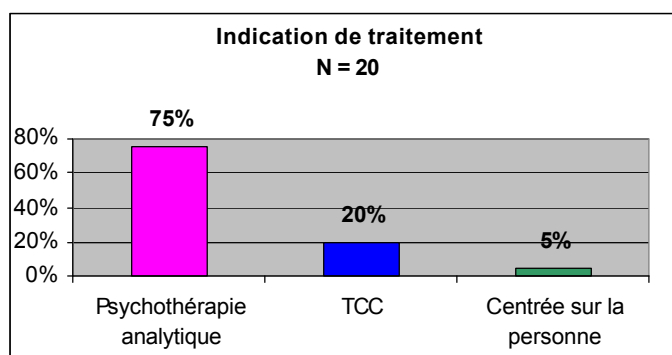
Nous remarquons que plus de la moitié de nos sujets sont en Faculté de Sciences Économiques et Sociales. Par rapport aux étudiants ayant consulté le CCP en 2003, cela représente 20% et par rapport à la totalité des étudiants ayant fréquenté cette Faculté en 2003 cela représente 0.4%. Nous notons aussi que trois étudiants de l'École de Traduction et d'Interprétation font partie de notre échantillon. Cette école est très représentée par rapport à la population des étudiants ayant consulté le CCP en 2003 (N=7). En ce qui concerne le nombre total des étudiants de cette école en 2003, cela représente 1,6%.

Examinons maintenant les **problématiques** pour lesquelles les sujets ont fait appel au CCP. Les motifs de consultation sont représentés dans le graphique ci-dessous. Nous pouvons constater que la majorité des sujets viennent consulter pour des difficultés dans leur vie privée (boulimie, manque de confiance en soi, dépression, problèmes relationnels, problèmes familiaux, problèmes sexuels). Leur problématique ayant souvent un retentissement sur leur vie d'étudiant (anxiété, stress, insomnie) la somme des pourcentages dépasse 100%.



Graphique 2 : *Motifs de consultation des sujets*

Tous les sujets ont bénéficiés d'une **indication de traitement psychologique** à l'issue des entretiens au CCP. Ces indications sont posées selon la problématique du sujet et selon le travail qu'il souhaite entreprendre. Suite aux entretiens, 15 sujets ont été orientés vers des thérapeutes d'obédience psychanalytique, 4 sujets ont été orientés vers une approche cognitivo-comportementale et 1 sujet a été orienté vers un thérapeute d'approche centrée sur la personne.



Graphique 3 : *Indications de traitement*

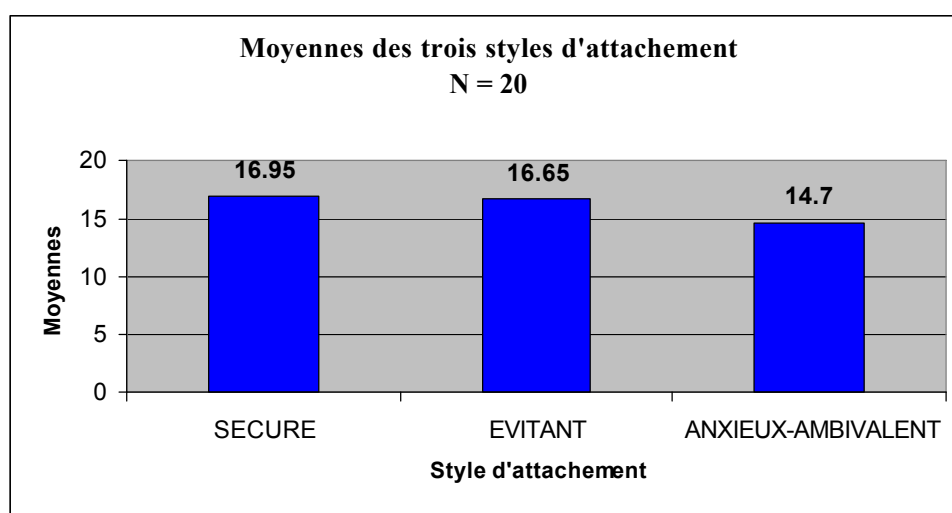
2. Le style d'attachement

Grâce au QAA, nous obtenons un « profil » des trois styles d'attachement pour chacun des sujets. Voici les moyennes et les écart-types en ce qui concerne les items représentant les trois styles d'attachement :

	M	s.d.
Séculaire	16.95	3.27
Évitant	16.65	5.51
Anxieux-ambivalent	14.7	3.89

Tableau 1 : *Moyennes et écart-types pour les trois styles d'attachement*

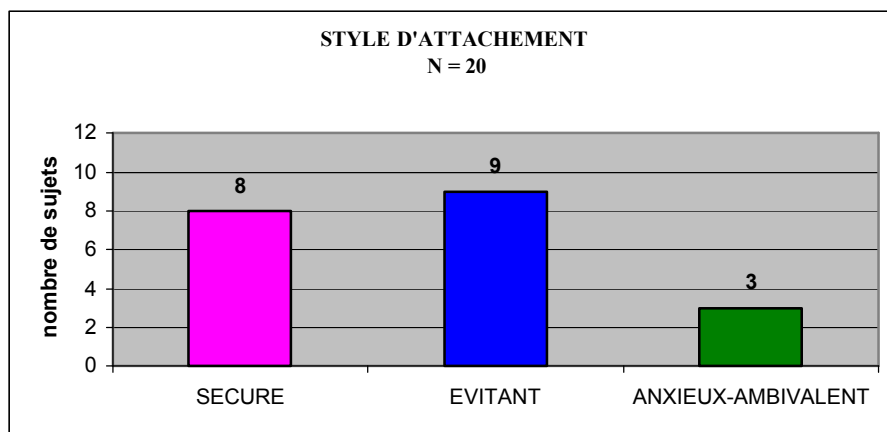
Ces moyennes sont représentées ci-dessous :



Graphique 4 : *Moyennes pour les trois styles d'attachement*

Nous pouvons constater qu'il n'y a pas beaucoup de différence entre les moyennes des scores se rapportant au style d'attachement sécure et au style d'attachement évitant. Par contre, il y a une grande différence entre les moyennes des scores d'attachement sécure et évitant et la moyenne de l'attachement anxieux-ambivalent.

Chaque sujet obtient donc un score pour chaque style d'attachement. Il faut rappeler que plus le score est élevé, plus le sujet correspond au style d'attachement mesuré. Pour effectuer une catégorisation c'est donc le score le plus haut qui a été retenu pour définir le style d'attachement de chaque sujet.



Graphique 5 : Répartition du style d'attachement des sujets

Comme le montre le graphique 5, le style d'attachement le plus fréquent est l'attachement évitant (45%), vient ensuite le style d'attachement sécure (40%) et enfin le style d'attachement anxieux-ambivalent (15%).

Afin de voir comment les sujets se répartissent dans ces trois catégories, nous avons effectué une **analyse de cluster**. Cette analyse regroupe les sujets les plus comparables et les plus différents. Nous avons donc effectué une analyse en deux clusters. Ceci nous a permis d'observer que les sujets ne se différencient ni par rapport au style d'attachement sécure, ni par rapport au style anxieux-ambivalent, mais ils se distinguent plutôt par rapport au fait d'être plus évitant ou moins évitant. En effet, 14 sujets font partie de la catégorie plus évitante et 6 appartiennent à la catégorie moins évitante.

3. L'alliance thérapeutique

En ce qui concerne le Helping alliance questionnaire (Haq I), il est important de rappeler que plus le score est bas, meilleure est l'évaluation de la qualité de l'alliance thérapeutique.

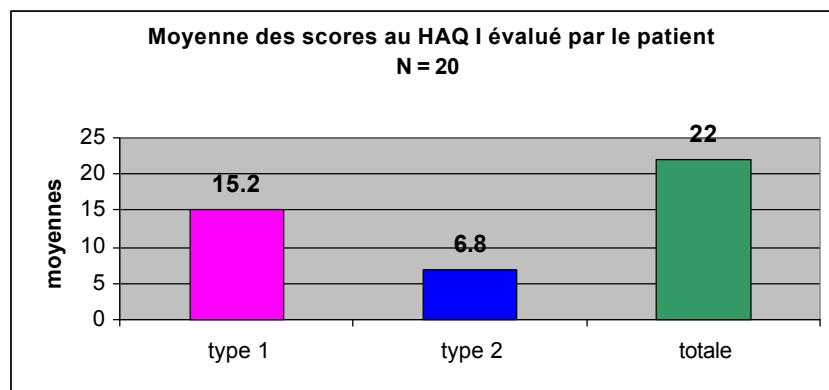
3.1 L'alliance thérapeutique évaluée par le patient

Nous allons tout d'abord commencer par les moyennes et les écart-types qui concernent l'évaluation de l'alliance thérapeutique de type 1 et 2, ainsi que de l'alliance thérapeutique totale effectuée par le patient. Comme nous l'avons expliqué précédemment, les sujets devaient évaluer chaque item sur une échelle de Lickert en six point allant de « tout à fait d'accord » (score 1) à « pas du tout d'accord » (score 6). Nous avons donc aussi calculé le score moyen des items pour les trois mesures de l'alliance.

	M	s.d.	score moyen des items
Alliance patient type 1	15.2	4.96	1.9
Alliance patient type 2	6.8	1.99	2.3
Alliance patient totale	22	6.62	2

Tableau 2 : Moyennes des scores, écart-types et score moyen des items au HaqI

Les moyennes des scores sont représentées ci-dessous :



Graphique 6 : Moyennes des scores au Haq I

Nous observons que tous les patients ont évalué l'alliance thérapeutique comme étant bonne. En effet, la cotation des sujets pour chaque item varie de 1 à 5 avec une moyenne de 2 pour l'alliance thérapeutique totale. L'alliance thérapeutique de type 2 a été évaluée comme un peu moins bonne que celle de type 1.

Si l'on observe à présent plus spécifiquement les scores des patient aux différents items, on remarque que les items avec les scores les plus bas donc les plus représentatifs d'une bonne alliance thérapeutique sont les suivants :

- Le /la psychologue m'aide (**type 1** / $M = 1.1$; s.d. = 0.73)
- Cet entretien m'aide (**type 1** / $M = 1.6$; s.d = 0.6)
- Je sens pouvoir compter sur le/la psychologue (**type 1** / $M = 1.7$; s.d = 0.73)

Les items qui ont les scores les plus hauts donc représentatifs d'une moins bonne alliance thérapeutique sont le suivants:

- Nous travaillons ensemble, nous faisons équipe (**type 2** / $M = 2.15$; s.d = 0.93)
- Nous comprenons mes difficultés de la même façon (**type 2** / $M = 2.2$; s.d = 0.95)
- J'y vois plus clair et je deviens plus capable de me débrouiller par moi-même (**type 2** / $M = 2.45$; s.d = 0.89)

Nous remarquons donc que les items les plus représentatifs d'une bonne alliance thérapeutique sont rattachés au type 1 qui est lié à l'expérience qu'a le patient du thérapeute, vécu comme aidant et que les items ayant les scores les plus hauts correspondent à l'alliance thérapeutique de type 2 qui se rapportent à l'expérience qu'a le patient du traitement, comme processus de travail, effectué conjointement entre lui et le thérapeute vers des buts assignés.

Pour terminer, nous avons effectué une analyse factorielle pour voir s'il était possible de regrouper les différents items du Haq I en plusieurs facteurs sur la base de leurs corrélations. Si l'on effectue cette analyse avec **deux facteurs**, on ne retrouve pas, comme on aurait pu s'y attendre, l'alliance de type 1 et 2 distinguées par Luborsky (1976). En effet au vu des résultats de notre échantillon il n'est pas possible de dégager des caractéristiques communes aux items regroupés en deux facteurs.

Le regroupement des items en **trois facteurs** est nous semble plus parlant :

	Facteur 1	Facteur 2	Facteur 3
Proportion de variance expliquée (total 67.8%)	27%	24.2%	16.6%
- Je sens pouvoir compter sur le psychologue	0.99	0.14	
- Le psychologue me comprend bien	0.78		0.3
- Le psychologue désire que j'arrive à m'en sortir	0.73	0.33	0.19
- Nous travaillons ensemble, nous "faisons équipe"	0.72	0.37	0.18
- Le psychologue m'aide	0.18	0.92	0.35
- Cet entretien m'aide		0.72	0.33
- Je vais pouvoir résoudre les problèmes pour lesquels j'ai entrepris cet entretien	0.28	0.56	
- Je me sens mieux	0.32	0.51	0.22
- J'y vois plus clair et je deviens plus capable de me débrouiller par moi-même		0.48	
- Je comprends mieux ce qui se passe en moi	0.22	0.16	0.96
- Nous comprenons mes difficultés de la même manière	0.24	0.45	0.68

Mis à part l'item qui concerne le fait de travailler ensemble et de former une équipe qui se rapporte au type 2, le **premier facteur** regroupe les items faisant partie de l'alliance thérapeutique de type 1. Ils concernent la façon dont le thérapeute est perçu par le patient et sont en lien avec le sentiment de collaboration avec le thérapeute.

Hormis l'item qui concerne le fait d'y voir plus clair et de devenir plus capable de se débrouiller par soi-même qui correspond au type 2, le **deuxième facteur** regroupe les autres items faisant partie de l'alliance thérapeutique de type 1. Ils concernent l'aide apportée par l'entretien ainsi que par le thérapeute et sont donc en lien avec l'autonomie du patient. Il correspond bien à la définition de alliance de type 1, c'est-à-dire l'expérience qu'a le patient du thérapeute, vécu comme aidant ou potentiellement aidant.

Le **troisième facteur** regroupe un item faisant partie du type 1 et un item appartenant au type 2. Ces deux items concernent la compréhension des difficultés du sujet et peuvent être mis en lien avec ce que nous pourrions appeler la technique du thérapeute, c'est-à-dire la compréhension théorique qu'a le thérapeute des difficultés de son patient.

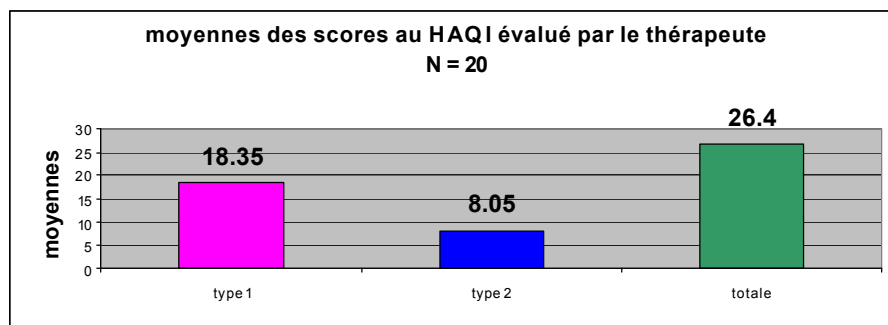
3.2. L'alliance thérapeutique évaluée par le thérapeute

Voici les résultats concernant l'évaluation de l'alliance thérapeutique effectuée par le thérapeute :

	M	s.d.	score moyen des items
Alliance thérapeute type 1	18.35	3.7	2.3
Alliance thérapeute type 2	8.05	1.39	2.7
Alliance thérapeute totale	26.4	4.91	2.4

Tableau 3 : Moyennes des scores, écart-types et score moyen des items au HaqI

Les moyennes des scores sont illustrés ci-dessous :



Graphique 7 : Moyennes des scores au Haq I

Nous remarquons que, tout comme le patient, le thérapeute, a évalué la qualité de l'alliance qu'il a ressentie comme bonne. En effet, les scores du thérapeute pour chaque item varient de 1 à 5, avec une moyenne de 2.4 pour l'alliance thérapeutique totale. La qualité de l'alliance thérapeutique de type 2 a aussi été évaluée comme légèrement moins bonne que celle de type 1.

Les items ayant les scores les plus bas en ce qui concerne le thérapeute sont :

- Ce patient sent que je le comprends (**type 1**/ M = 1.7 ; s.d. = 0.66))
- J'aide ce patient (**type 1**/ M = 1.85 ; s.d = 0.67)
- Le patient se sent aidé par moi (**type 1**/ M = 2.05 ; s.d. = 0.6)

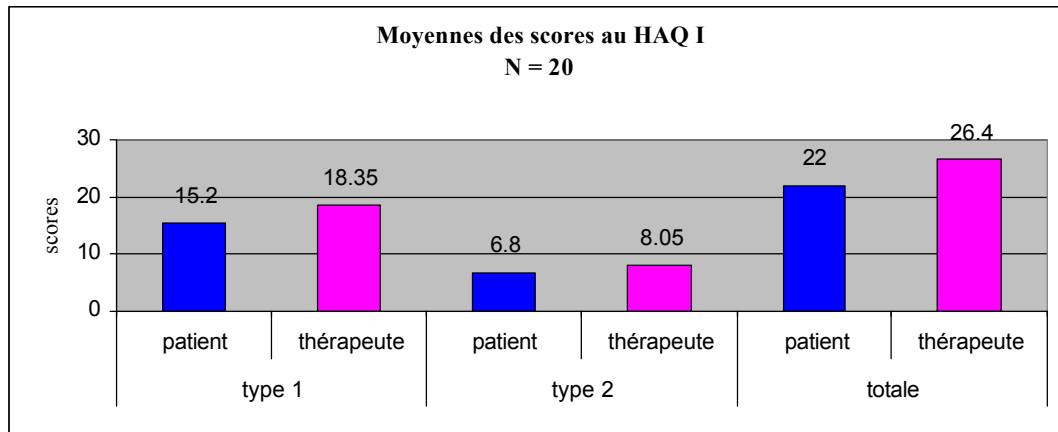
Les items ayant les scores le plus hauts sont les suivants :

- Ce patient comprend mieux ce qui se passe en lui (**type 1**/ M = 2.65 ; s.d = 0.81)
- Nous travaillons ensemble, nous faisons équipe (**type 2**/ M = 2.75 ; s.d = 0.72)
- Nous comprenons mes difficultés de la même façon (**type 2**/M = 2.85 ; s.d = 0.81)

Nous constatons, tout comme pour le patient, que les items les plus représentatifs d'une bonne alliance thérapeutique selon le thérapeute sont rattachés au type 1. En ce qui concerne les items avec les scores les plus hauts, nous observons que deux d'entre eux sont liés au type 2.

3.3 Comparaison entre les deux évaluations

Nous allons à présent comparer l'évaluation de l'alliance thérapeutique du patient à celle du thérapeute.



Graphique 8 : Moyennes des scores au HaqI

Nous constatons qu'il n'y a pas beaucoup de différence entre l'évaluation de l'alliance thérapeutique effectuée par le patient et celle faite par le thérapeute et ce quel que soit le type d'alliance. Néanmoins, nous remarquons que le patient évalue la qualité de l'alliance thérapeutique comme légèrement meilleure que le thérapeute et ce pour les trois types de mesures.

Nous avons aussi effectué des **corrélations de rang de Spearman** entre chaque item évalué par le patient et ceux évalués par le thérapeute.

	Thérapeute															
	item 1		item 2		item 3		item 4		item 5		item 6		item 7		item 8	
	r	p.	r	p.	r	p.	r	p.	r	p.	r	p.	r	p.	r	p.
Patient	item 1	0.64	0.003													
	item 2			0.63	0.003											
	item 3					0.55	0.01									
	item 4							0.41	NS							
	item 5									0.18	NS					
	item 6											0.37	NS			
	item 7													0.42	NS	
	item 8															0.26

Tableau 4 : Corrélations de Spearman entre les items correspondant à l'alliance thérapeutique de type 1 évaluée par le patient et le thérapeute

Nous observons que les corrélations ne sont significatives que pour le trois premiers items mesurant l’alliance thérapeutique de type 1. Il s’agit de :

- Le/la psychologue m’aide
- Cet entretien m’aide
- Je comprends mieux ce qui se passe en moi

En ce qui concerne l’alliance thérapeutique de type 2, nous n’observons qu’une seule corrélation significative. Il s’agit de l’item suivant :

- Nous comprenons mes difficultés de la même manière

		Thérapeute					
		item 9		item 10		item 11	
		r	p.	r	p.	r	p.
Patient	item 9	0.31	NS				
	item 10			0.59	0.007		
	item 11					0.31	NS

Tableau 5 : *Corrélations de Spearman entre les items correspondant à l’alliance thérapeutique de type 2 évaluée par le patient et le thérapeute*

Nous observons donc que les facteurs les plus importants pour le patient et le thérapeute concerne l’aide reçu, le fait de pouvoir compter sur le thérapeute ainsi le fait de comprendre les difficultés de la même manière.

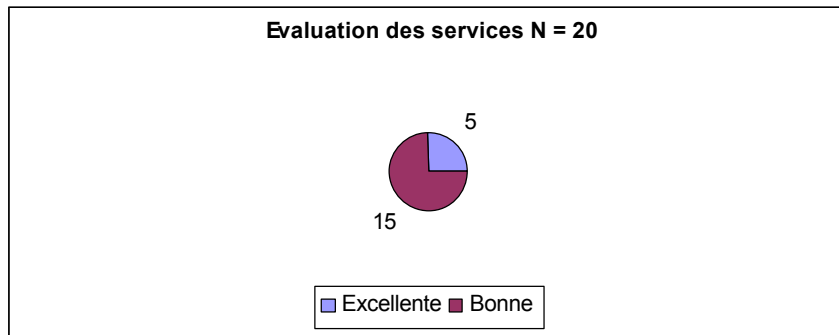
4. Satisfaction des patients et adhésion à l’indication de traitement

Ce questionnaire est composé de huit questions évaluant la satisfaction de la démarche entreprise au CCP, répondant à la question de l’adhésion ou non à l’indication de traitement psychologique et de la satisfaction de celle-ci, ainsi que la ou les raison (s) pour lesquelles le sujet n’avait pas suivi cette indication.

4.1 Satisfaction des prestations du CCP

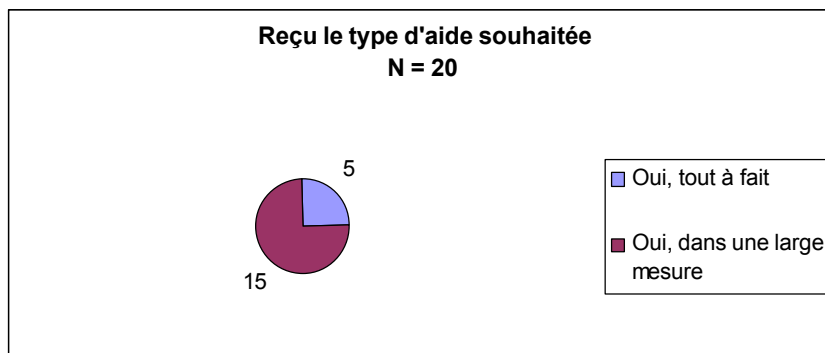
Voici les résultats du questionnaire concernant la satisfaction de la démarche entreprise au CCP :

- 25% des sujets évaluent la qualité des services reçus au CCP comme excellente et 75% la trouvent bonne.



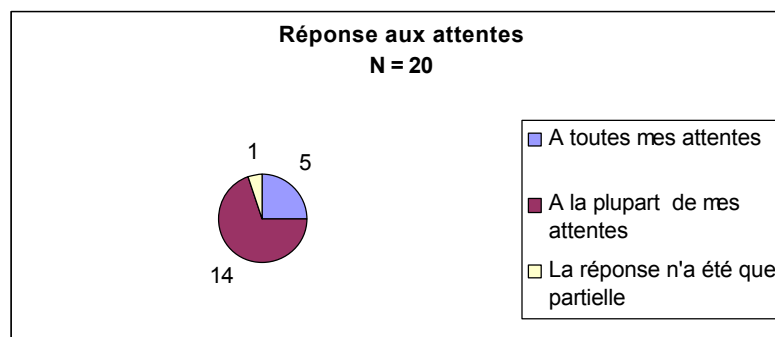
Graphique 9: Réponse à la question : Comment évaluez-vous la qualité des services que vous avez reçus au Centre de Conseil Psychologique ?

- 25% des sujets ont tout à fait reçu l'aide qu'ils souhaitaient et 75% estiment avoir reçu l'aide qu'ils souhaitent dans une large mesure.



Graphique 10: Réponse à la question : Avez-vous reçu le type d'aide que vous souhaitez ?

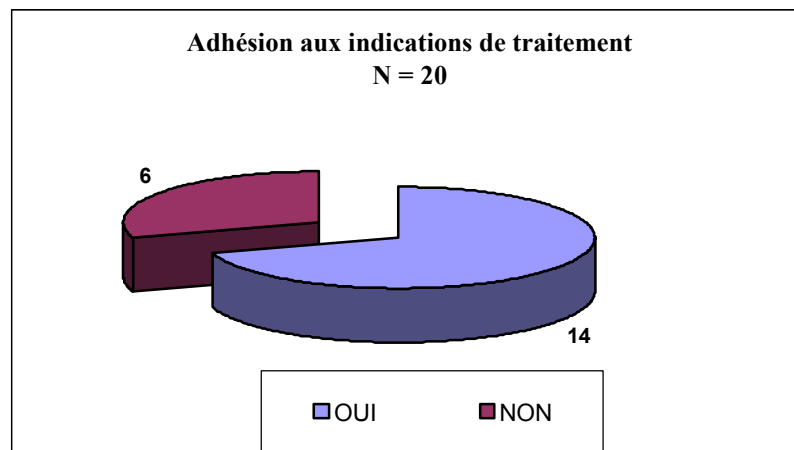
- 25% estiment que le CCP a répondu à toutes leurs attentes, 70 % pensent que le CCP y a répondu dans une large mesure et 5% des sujets pensent que le CCP n'a répondu que partiellement à leurs attentes



Graphique 11 : Réponse à la question : Dans quelle mesure le Centre de Conseil Psychologique a-t-il répondu à vos attentes ?

4.2 L'adhésion aux indications de traitement

Nous arrivons maintenant à la question la plus importante pour cette recherche. Il s'agit de la question de l'adhésion ou non à l'indication de traitement psychologique dont le sujet a bénéficié à l'issue des entretiens au CCP. Comme illustré dans le graphique ci-dessous, nous constatons que 70% des sujets ont suivi l'indication de traitement psychologique qui leur avait été proposée.



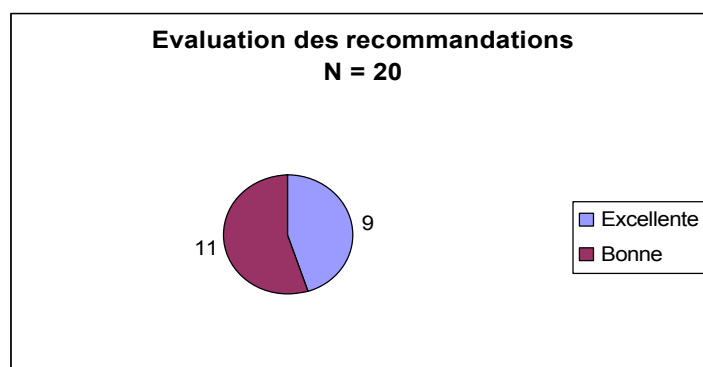
Graphique 12 : Réponse à la question : *Avez-vous consulté le service ou la personne qui vous avait été recommandé au CCP ?*

Voici les raisons pour lesquelles les six sujets n'ont pas suivi les indications de traitement psychologique :

- Quatre d'entre eux évoquent un manque de disponibilité de la personne qui leur avait été recommandée
- Un sujet parle d'une amélioration de sa situation
- Un sujet souligne des problèmes d'ordre financier

Il faut préciser que sur les quatorze sujets qui ont suivi l'indication de traitement psychologique, deux sujets n'ont pas convenu d'un suivi avec la personne qui leur avait été recommandée. Les raisons évoquées par l'un d'eux est l'amélioration de sa situation ainsi que des problèmes d'ordre financier et l'autre sujet souligne un problème lié à son assurance maladie.

En ce qui concerne l'évaluation de l'indication de traitement psychologique, 45% des sujets l'estiment excellente et 55% l'évaluent comme bonne. On peut donc constater que tous les sujets ont été satisfaits de l'indication de traitement psychologique qui leur a été proposée.



Graphique 13: Réponse à la question : *Qu'avez-vous pensé de la recommandation qui vous a été faite au CCP ?*

Dans le but de vérifier s'il existait un lien entre l'évaluation de l'indication de traitement et le suivi de celle-ci, nous avons effectué un test du CHI-carré. Ce dernier a montré que l'adhésion à l'indication de traitement psychologique n'était pas liée significativement à l'évaluation de celle-ci ($X^2 = 0.47$, df 1, $p > .05$).

	Evaluation de l'indication	
	Excellente	Bonne
Suivi	7	7
Non suivi	2	4

Tableau 6: *Evaluation de l'indication de traitement et adhésion*

5. Adhésion aux indications de traitement et style d'attachement

Nous allons à présent nous pencher sur notre première hypothèse, c'est-à-dire que nous allons voir si l'adhésion aux indications de traitement psychologique est liée à un style d'attachement sécure et si le fait de ne pas suivre les indications de traitement psychologique est lié à un style d'attachement insécure (évitant ou anxieux-ambivalent).

En comparant la répartition du style d'attachement en fonction de l'adhésion à un niveau descriptif, nous observons que chez les sujets ayant suivi les indications de traitement psychologique, c'est le style d'attachement sécure qui prédomine. Pour les sujets n'ayant pas suivi les indications de traitement psychologique c'est l'attachement évitant qui est le plus fréquent. De plus, nous remarquons que les trois sujets ayant un style d'attachement anxieux-ambivalent ont tous adhéré aux indications de traitement psychologique.

	Séure	évitant	anxieux-ambivalent
Suivi	6	5	3
Pas suivi	2	4	0

Tableau 7 : Répartitions des styles d'attachement en fonction de l'adhésion aux indications de traitement

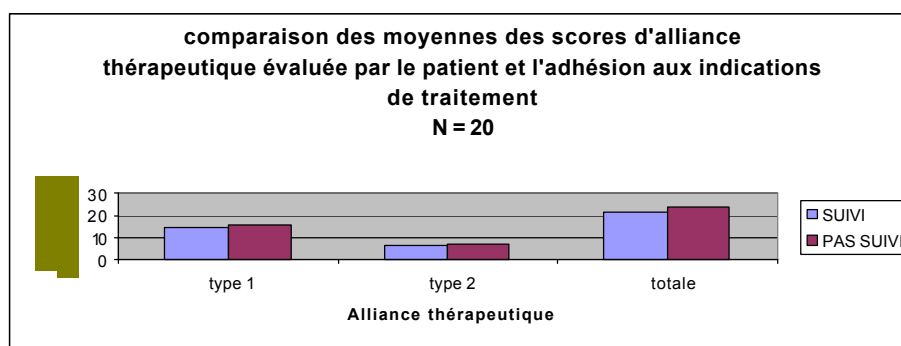
Dans le but de vérifier notre deuxième hypothèse, nous avons effectué un test du CHI-carré. Ce dernier a montré que l'adhésion à l'indication de traitement psychologique n'était pas liée significativement à un style d'attachement sécure ($X^2 = 0.16$, $df = 1$, $p > .05$). Le fait de ne pas suivre les indications de traitement psychologique n'est pas non plus lié significativement à un style d'attachement insécure.

Nous devons donc rejeter notre première hypothèse. En effet, nous n'avons pas trouvé de lien significatif entre le style d'attachement et l'adhésion aux indications de traitement psychologique.

6. Adhésion aux indications de traitement et alliance thérapeutique

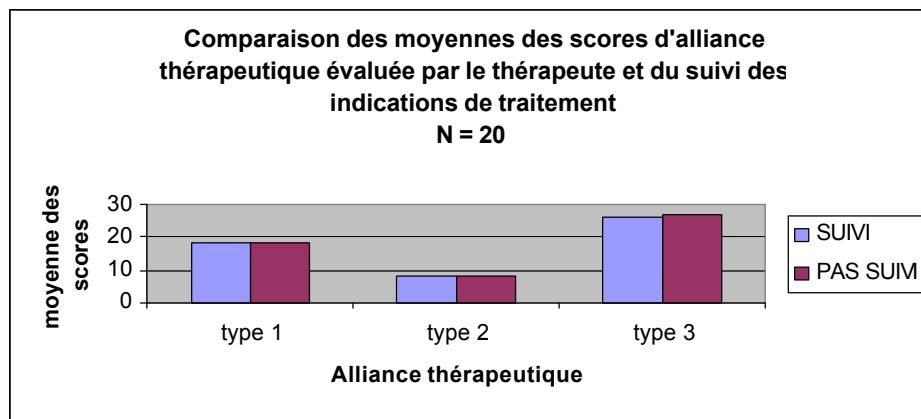
Nous allons maintenant aborder notre deuxième hypothèse qui postule qu'il existe une différence entre l'évaluation de l'alliance thérapeutique des sujets qui ont adhéré aux indications de traitement psychologique dont ils ont bénéficié à l'issue des entretiens et ceux qui non pas suivi ces indications.

Au niveau descriptif, nous pouvons constater grâce au graphique qui va suivre qu'il n'y a pas beaucoup de différence entre la qualité de l'alliance thérapeutique évaluée par les sujets ayant adhéré à l'indication de traitement psychologique et ceux ne l'ayant pas suivi, et ce quel que soit le type d'alliance.



Graphique 14: Moyennes des scores d'alliance thérapeutique évaluée par le patient et adhésion aux indications de traitement

Il en va de même en ce qui concerne l'évaluation de l'alliance thérapeutique évaluée par le thérapeute. En effet il n'y a pas une grande différence entre l'évaluation de l'alliance thérapeutique effectuée par le thérapeute et le fait d'adhérer ou non à l'indication de traitement comme on peut le constater ci-dessous.



Graphique 15 : Moyennes des scores d'alliance thérapeutique évaluée par le thérapeute et adhésion aux indications de traitement

Afin de savoir si l'évaluation de l'alliance thérapeutique à la fois par le patient et par le thérapeute peut prédire l'adhésion (ou non) à l'indication de traitement psychologique, nous avons effectué une **régression logistique** qui n'a pas montré de lien significatif.

Plus précisément, ni la participation de l'alliance thérapeutique totale évaluée par le patient (df 17, $p > .05$), ni l'évaluation de l'alliance thérapeutique totale évaluée par le thérapeute (df 18, $p > .05$) ne montre une influence sur l'adhésion aux indications de traitement psychologique. Il en va de même en ce qui concerne l'alliance thérapeutique de type 1 et 2 évaluée par le patient et le thérapeute.

Notre deuxième hypothèse n'est donc pas confirmée. Par conséquent, l'adhésion aux indications de traitement psychologique ne peut pas être prédite par la qualité de l'alliance thérapeutique.

7. Style d'attachement et Alliance thérapeutique

En ce qui concerne notre troisième hypothèse, il s'agit de voir si un style d'attachement sécure prédit une bonne alliance thérapeutique, et donc si un style d'attachement insécure (soit de type évitant, soit de type anxieux-ambivalent) prédit une mauvaise alliance thérapeutique.

Pour tester cette hypothèse, nous avons utilisé les **corrélations de rang de Spearman** qui sont illustrées dans les deux tableaux ci-dessous :

patient	Sécure		Évitant		Anxieux-ambivalent	
	r	p.	r	p.	r	p.
A.T. type 1	0.07	N.S	0.02	N.S	0.3	N.S
A.T. type 2	0.03	N.S	0.005	N.S	0.27	N.S
A.T. totale	0.07	N.S	0.04	N.S	0.31	N.S

Tableau 8: *Corrélations de Spearman entre l'évaluation de l'alliance thérapeutique effectuée par le patient et le style d'attachement*

thérapeute	Sécure		Évitant		Anxieux-ambivalent	
	r	p.	r	p.	r	p.
A.T. type 1	0.06	N.S.	0.09	N.S	0.04	N.S
A.T. type 2	0.03	N.S.	0.11	N.S	0.52	0.02
A.T. totale	0.07	N.S.	0.08	N.S	0.56	0.01

Tableau 9: *Corrélations de Spearman entre l'évaluation de l'alliance thérapeutique effectuée par le thérapeute et le style d'attachement*

Ces analyses n'ont pas révélé de lien significatif entre un style d'attachement sécure et l'alliance thérapeutique qu'elle soit évaluée par le patient ou par le thérapeute.

Par contre, nous avons effectué les mêmes analyses pour étudier le lien entre l'alliance thérapeutique et les styles d'attachement insécure (évitant ou anxieux-ambivalent). Le seul lien significatif est observé entre une moins bonne alliance thérapeutique évaluée par le thérapeute et un style d'attachement (insécure) de type anxieux-ambivalent ($r_s = 0.56$, $p < .05$ pour l'alliance thérapeutique totale et $r_s = 0.52$, $p < .05$ pour l'alliance thérapeutique type 2). Les autres comparaisons ne montrent pas de lien significatif, mais mentionnons toutefois que le lien entre une moins bonne alliance thérapeutique évaluée par le patient et un style d'attachement (insécure) de type anxieux-ambivalent est cependant forte bien que non significative ($r_s = 0.31$, $p = 0.07$).

Ces analyses montrent donc qu'il existe un lien significatif entre une moins bonne alliance thérapeutique évaluée par le thérapeute et un attachement anxieux-ambivalent. Par conséquent, un style d'attachement anxieux-ambivalent (insécure) prédit une moins bonne alliance thérapeutique ressentie par le thérapeute.

Commentaires

Nous avons donc constaté que 70% des sujets ont suivi l'indication de traitement psychologique qui leur avait été proposée et qu'ils étaient tous satisfaits de celle-ci. En ce qui concerne le style d'attachement, nous avons observé que notre population était moins sécure et plus évitante que la population générale. Nous n'avons pas pu mettre en évidence un lien significatif entre le style d'attachement des sujets et l'adhésion aux indications de traitement psychologique. L'alliance thérapeutique a été évaluée par les patients et par le thérapeute comme étant bonne. Par conséquent, il a été difficile de montrer un lien entre l'adhésion aux indications de traitement psychologique et la qualité de l'alliance thérapeutique. Nous avons néanmoins pu remarquer que les items les plus représentatifs d'une bonne alliance thérapeutique étaient plutôt rattachés au type 1 et que les facteurs les plus importants pour le patient et le thérapeute concernent l'aide reçue, le fait de pouvoir compter sur le thérapeute ainsi que le fait de comprendre les difficultés de la même manière. Enfin, nous avons montré qu'il n'y avait pas de lien significatif entre un style d'attachement sécure et l'alliance thérapeutique, mais qu'il existait néanmoins un lien significatif entre une moins bonne alliance thérapeutique évaluée par le thérapeute et un attachement anxieux-ambivalent.

V. Discussion et Conclusion

Ce chapitre aborde les liens entre nos résultats et les éléments théoriques afin de voir s'ils sont consistants avec les recherches effectuées ou s'ils permettent de faire apparaître de nouvelles perspectives. Enfin, nous discuterons des limites de cette étude ainsi que de ses implications cliniques.

Rappelons que cette recherche a pour objectifs de voir si les patients ont suivi ou non les indications de traitement psychologique qui leur ont été faites à l'issue des entretiens dont ils ont bénéficiés au CCP, et de mettre cela en lien avec leur style d'attachement et la qualité de l'alliance thérapeutique qui s'est créée avec le thérapeute qu'ils ont rencontré. De plus nous voulions voir s'il existait un lien entre le style d'attachement du patient et la qualité de l'alliance thérapeutique.

1. Population

Notre échantillon est composé de 13 femmes et de 7 hommes. Il s'agit là d'une réalité clinique, puisque ce pourcentage correspond au pourcentage d'hommes et de femmes de la population venant consulter le CCP.

Durant l'année 2003, sept étudiants de l'Ecole de Traduction et d'Interprétation ont fait une demande de consultation au CCP. Notre échantillon est composé de trois étudiants de cette école, elle est donc très représentée par rapport à la population des étudiants ayant consulté le CCP en 2003.

En ce qui concerne les problématiques des sujets, nous constatons que, tout comme pour la population ayant consulté le CCP en 2003, nos sujets viennent en majorité pour des problèmes en lien avec leur vie privée.

2. Adhésion aux indications de traitement psychologique

Tous les sujets ont répondu au questionnaire d'adhésion qui leur a été envoyé trois mois après leur dernier entretien au CCP. Ceci pourrait être expliqué par le fait qu'une bonne alliance thérapeutique s'était établie entre le patient et le thérapeute ainsi que par la satisfaction de la démarche entreprise au CCP et la satisfaction liée à l'indication de traitement qui leur a été proposée. Comme nous venons de le souligner, tous les sujets ont été

satisfaits de prestations du CCP ainsi que de l'indication de traitement qui leur a été proposée, bien que six d'entre eux ne l'ai pas suivie. Les raisons évoquées (manque de disponibilité des thérapeutes, problèmes financiers, problème d'assurance maladie) correspondent bien à la réalité clinique du CCP. Néanmoins, n'avons pas trouvé de lien entre la satisfaction de l'indication de traitement et l'adhésion à celle-ci.

3. Le style d'attachement

Concernant notre population, nous avons vu que le style d'attachement le plus fréquent était le style d'attachement *évitant* (45%), puis le style d'attachement *sécure* (40%) et enfin le style d'attachement *anxieux-ambivalent* (15%).

Une des principales hypothèse d'Hazan et Shaver (1987) est qu'il devrait y avoir en moyenne 60% des adultes catégorisés comme sécures, les autres étant divisés entre évitants et anxieux-ambivalents. Les résultats de leur étude confirment leur hypothèse (56% sécure, 25% évitant et 19% anxieux-ambivalent). La plupart des études trouvent une répartition des catégories d'attachement proche de celle d'Hazan et Shaver. Nous pouvons donc observer que notre population est moins sécure et plus évitante que la population générale, ceci étant confirmé par l'analyse en cluster qui a montré que nos sujets se distinguaient sur le fait d'être plus ou moins évitants.

Cette observation est corroborée par la recherche de Ramu (2004) qui a mesuré le style d'attachement à l'aide de la mesure d'Hazan et Shaver (1987) chez les étudiant ayant fait une demande de consultation au CCP et chez les étudiants n'ayant pas consulté le CCP.

En ne tenant pas compte du « type d'étudiant », c'est-à-dire demandeur ou non demandeur d'une consultation, le style d'attachement le plus fréquemment choisit est l'attachement sécure (61.7%). Vient ensuite le style d'attachement évitant (25%), puis le style d'attachement anxieux-ambivalent. Ces résultats correspondent donc à ceux obtenu par Hazan et Shaver(1987), mais en comparant la répartition du style d'attachement en fonction du « type d'étudiant », on constate une nette différence au niveau de la distribution. En effet, chez les étudiants non-demandeurs, c'est le style d'attachement sécure qui a été le plus fréquemment choisi (90%), vient ensuite le style évitant (6.7%), puis le style anxieux-ambivalent (3.3%). Quant aux étudiants demandeurs, c'est le style d'attachement évitant qui prédomine (43,3%), puis le style sécure (33.3%) et enfin le style anxieux-ambivalent (23.3%).

Il semblerait donc que les étudiants consultant le CCP aient un style d'attachement plus évitant que la population générale.

Notre première hypothèse postulait qu'il existait un lien entre l'adhésion aux indications de traitement et le style d'attachement. Nos résultats vont à l'encontre de ceux de nombreux auteurs (Dozier 1990 ; Parish & Eagle, 2003). En effet, nous n'avons trouvé de lien ni entre l'adhésion aux indications de traitement et un style d'attachement sécure, ni entre la non adhésion aux indications et un style d'attachement insécure. Toutefois, il faut relever que pour les sujets ayant suivi les indications de traitement psychologique, c'est le style d'attachement sécure qui prédomine, pour les sujets n'ayant pas suivi les indications de traitement psychologique c'est l'attachement évitant qui est le plus fréquent et que les trois sujets ayant un style d'attachement anxieux-ambivalent ont tous adhéré aux indications de traitement psychologique. Ceci pourrait être expliqué par le petit nombre de sujets présentant un attachement anxieux-ambivalent ainsi que par le fait que leur moyenne aux items du AAQ se différencie plus fortement de la moyenne sécure ou évitante. Le fait que les personnes avec un style d'attachement « *anxieux- ambivalents* » aient du mal à s'engager dans une relation à long-terme et pourraient donc être moins angoissées à l'idée de « quitter » le thérapeute pourrait aussi être mis en lien avec ces résultats.

4. L'alliance thérapeutique

Notre deuxième hypothèse s'intéressait au lien entre la qualité de l'alliance thérapeutique et l'adhésion aux indications de traitement. Comme nous l'avons souligné, de très nombreuses recherches (Luborsky et al., 1980 ; Gelso & Carter, 1985 ; Horwat & Greenberg) ont montré une influence de la qualité de l'alliance thérapeutique sur les résultats du traitement. Nous postulons donc qu'il existait une différence quant à la qualité de l'alliance thérapeutique et le fait d'avoir adhéré ou non aux indications de traitement. Cette hypothèse n'est pas confirmée par nos résultats, c'est-à-dire que l'adhésion aux indications de traitement n'est pas prédite par la qualité de l'alliance thérapeutique.

Etant donné que tous nos sujets ont évalué la qualité de l'alliance comme bonne, il a été difficile de les discriminer par rapport au suivi ou non des indications de traitement. Nous pouvons donc remarquer que comme le suggèrent Morgan et al (1982), beaucoup de patients forment une alliance forte immédiatement à la première séance et ce particulièrement dans des

entretiens de conseil psychologique limité dans le temps où il est important d'être capable d'établir rapidement une alliance thérapeutique.

Malgré cela, une analyse plus détaillée des items de l'Helping Alliance Questionnaire nous a permis de mettre en évidence des résultats intéressants. En effet, si l'on observe plus spécifiquement les scores des patients aux différents items, nous remarquons que les items les plus représentatifs d'une bonne alliance thérapeutique sont rattachés au type 1 qui est lié à l'expérience qu'a le patient du thérapeute, vécu comme aidant. Les items ayant les scores les plus hauts correspondent à l'alliance thérapeutique de type 2 qui se rapportent à l'expérience qu'a le patient du traitement, comme processus de travail, effectué conjointement entre lui et le thérapeute vers des buts assignés. Il en va de même pour le thérapeute. On constate donc que, comme l'ont souligné Bachelor & Salamé (2000), l'expérience du thérapeute comme étant aidant et soutenant (type 1) tend à être plus évident au début de la thérapie, tandis que le fait d'une responsabilité commune dans les objectifs du traitement (type 2) est plus typique des phases ultérieures de la thérapie.

Le regroupement des items en deux facteurs nous a permis d'observer que l'Helping Alliance questionnaire appliqué à notre population ne se comportait pas comme attendu. En effet, le regroupement des items en deux ne correspond pas au type 1 et 2 telles que les a définis Luborsky (1976) et ne nous permettait pas de dégager des facteurs précis. Par contre le regroupement des items en **trois facteurs** nous a permis de montrer que chacun des trois items qui concernaient l'alliance de type 2 était répartis dans chaque facteur contenant des items du type 1. Plus précisément, nous avons relevé que la façon dont le thérapeute était perçu par le patient était en lien avec son sentiment de collaboration. Ce facteur rejoint d'ailleurs un des deux types d'attachement distingué par Freud (1912) qui se manifeste par les sentiments positifs conscients du patient envers le thérapeute et qui favorise ainsi la coopération entre le patient et le thérapeute. Nous avons aussi pu voir que le sentiment d'aide apportée par l'entretien ainsi que par le thérapeute étaient en lien avec l'autonomie du patient. Pour terminer nous avons pu relever que le troisième facteur concernait la compréhension des difficultés du sujet et pouvaient être mis en lien avec ce que nous avons appelé la technique du thérapeute, c'est-à-dire la compréhension théorique qu'il a des difficultés de son patient. Comme l'ont souligné Crits-Christoph et al. (1993) les patients estiment que la qualité de la relation thérapeutique dépend grandement des interventions du thérapeute.

De plus, en effectuant des corrélations entre les items évalués par le patient et ceux évalués par le thérapeute, nous observons que les facteurs les plus importants pour le patient et le thérapeute concernent l'aide reçue, le fait de pouvoir compter sur le thérapeute ainsi que le fait de comprendre les difficultés de la même manière. Ceci est consistant avec les résultats de Kokotovic & Tracey (1987) qui ont trouvé que la satisfaction du patient par rapport aux entretiens et sa perception du «psychologue conseiller» comme étant un spécialiste et étant digne de confiance étaient liés au fait de continuer à venir aux rendez-vous. Epperson et al. (1983), qui ont montré quant à eux qu'il y avait moins de rupture dans le traitement lorsque le patient et le «psychologue conseiller» étaient d'accord sur la nature du problème.

Pour terminer, lorsque nous avons comparé l'évaluation de l'alliance thérapeutique effectuée par le patient et celle effectuée par le thérapeute, nous avons constaté qu'il n'y a pas beaucoup de différence entre les deux. Plusieurs études ont d'ailleurs relevé que la relation entre l'évaluation de l'alliance thérapeutique par le patient et le thérapeute était significative mais faible (Tyron & Kane, 1993). Néanmoins, nous remarquons que le patient évalue la qualité de l'alliance thérapeutique comme légèrement meilleure que le thérapeute et ce pour les trois types de mesures. Ce qui est congruent avec l'étude de Tyron et Kane (1993) qui ont relevé que l'évaluation de la qualité de l'alliance thérapeutique par le patient était meilleure que celle évaluée par le thérapeute. Ces auteurs font l'hypothèse que, comparé aux autres relations du patient, celle avec le thérapeute est meilleure. De plus, ils soulignent que le thérapeute a l'occasion de pouvoir comparer l'alliance thérapeutique d'un patient avec celle d'autres patients.

5. Style d'attachement et alliance thérapeutique

Notre troisième hypothèse postulait qu'un style d'attachement sécure prédisait une bonne alliance thérapeutique et donc qu'un style d'attachement insécure (évitant ou anxieux-ambivalent) prédisait une mauvaise alliance thérapeutique. Plusieurs recherches ont montré qu'un style d'attachement «*sécure*» était associé à une meilleure évaluation de l'alliance et qu'un style d'attachement «*évitant*» était associé à une moins bonne évaluation de l'alliance (Kokotovic & Tracey, 1990) ; Eames & Roth, 2000 ; Satterfield & Lyddon, 1995). Nos analyses n'ont pas révélé de lien significatif entre un style d'attachement sécure et l'alliance thérapeutique qu'elle soit évaluée par le patient ou par le thérapeute. Par contre un lien significatif a été trouvé entre une moins bonne alliance thérapeutique évaluée par le

thérapeute et un style d'attachement anxieux-ambivalent. En effet, les personnes avec un style d'attachement anxieux-ambivalent ont peur d'être abandonnées, de ne pas être aimées suffisamment et se sentent incomprises par les autres. Ses résultats peuvent donc être liés à ceux mis en évidence par Dozier (1990) qui a montré que les patients évalués comme moins sécures étaient moins coopérant durant le traitement ou encore par Mallinckrodt (1991) qui a montré qu'un haut niveau d'anxiété dans les relations prédisait une moins bonne alliance.

6. Limites de la recherche

Nous sommes conscients que diverses variables pourraient être des sources potentielles d'influence sur nos résultats. Notons tout d'abord la petitesse de notre échantillon. Comme nous l'avons souligné, nos sujets étaient peu différenciés et de ce fait, il a été difficile de trouver des résultats significatifs quant à nos hypothèses. Par conséquent, il serait intéressant que des études à plus large échantillonnage cherchent à investiguer cette problématique.

Une autre variable qui pourrait être une source importante d'influence sur nos résultats est la raison pour laquelle les sujets ont fait une demande de consultation au CCP. En effet, on peut supposer que le fait d'adhérer ou non à l'indication de traitement psychologique pourrait être fortement influencé par la gravité des problèmes ayant amené le sujet à consulter. Le CCP n'ayant pas pour vocation de catégoriser les patients, il nous paraît difficile de choisir des sujets selon un diagnostic précis. Par contre, il serait important que les futures recherches contrôlent la problématique ayant amené le patient à consulter.

Pour terminer, nous n'avons pas tenu compte des variables telles que le sexe, l'âge des sujets, les ressources financières, le type d'assurance maladie des sujets qui composaient notre échantillon. En effet, étant donné qu'il n'a pas été facile de réunir 20 sujets correspondant aux critères d'inclusion de cette recherche dans un laps de temps relativement court, le fait de tenir compte de ces variables aurait restreint notre échantillon de façon conséquente.

7. Implications cliniques

Un des objectifs principaux du CCP est d'évaluer la problématique de l'étudiant qui vient consulter et de l'orienter vers l'approche qui lui convient le mieux. À l'issue des entretiens, l'étudiant reçoit donc des coordonnées de thérapeutes afin qu'il puisse continuer la démarche de soin qu'il a entreprise en consultant le CCP. La question du suivi ou non des indications de traitement s'est souvent posée au sein de ce service. Le premier intérêt de cette recherche est

donc de savoir si les étudiants ont effectivement continué cette démarche et de voir quels pourraient être les facteurs pouvant faciliter ou au contraire entraver le passage du CCP vers un autre thérapeute pour un suivi à plus long terme.

Malgré le fait que nous n'ayons pas trouvé de lien entre la qualité de l'alliance thérapeutique et l'adhésion aux indications de traitement, nous avons pu mettre en évidence qu'une alliance thérapeutique forte pouvait se former rapidement avec le thérapeute au cours des quelques entretiens au CCP. De plus nous avons vu que les patients sont plus particulièrement sensibles à l'alliance thérapeutique de type 1 qui concerne l'aide et le soutien que peuvent lui apporter le thérapeute ainsi que les entretiens.

En ce qui concerne le style d'attachement, nous avons relevé que les étudiants consultant le CCP présentaient un attachement plus évitant que la population générale. Rappelons que les individus ayant un style d'attachement évitant sont mal à l'aise dans les relations proches, ont des difficultés à dépendre des autres et montrent peu d'accord sur les buts du traitement.

Malgré le fait que nous n'ayons pas trouvé de lien entre ce style d'attachement et l'adhésion aux indications de traitement, il nous semble important d'être attentif au modèle relationnel de ces personnes-là, tout particulièrement au moment de la « séparation » avec le thérapeute rencontré au CCP. Il en va de même pour les personnes ayant un style d'attachement anxieux-ambivalent qui sont perçues par le thérapeute comme ayant plus de difficultés à former une bonne alliance thérapeutique.

Pour terminer, nous avons vu que 30% des sujets n'ont pas consulté la personne ou le service qui leur avait été recommandé en évoquant un manque de disponibilité des thérapeutes, des problèmes financiers ainsi que des problèmes liés à leur assurance maladie. Il nous semble qu'il s'agit là des raisons les plus fréquemment évoquées par les étudiants au moment de l'orientation de ceux-ci à "l'extérieur" du CCP. Elles sont d'ailleurs souvent en lien avec le désir de pouvoir continuer la démarche de soin au sein du CCP. Ce service propose déjà des thérapies brèves pour certains étudiants qui ne peuvent pas consulter un thérapeute en cabinet privé, mais une réflexion pourrait être entreprise quant à l'élargissement des prestations que propose le CCP afin de faciliter l'accès à des soins psychologiques.

VI. Bibliographie

- Ainsworth, M.D.S., Blehar, M.C., Walters, E., Walls, S. (1978). Pattern of attachment: a psychological study of the strange situation. Hillsdale N.J. : L. Erlbaum
- Ainsworth, M.D.S. (1989). Attachment beyond infancy. *American Psychologist*, 44, 709-716
- Al-Darmaki, F. & D.M. Kivlighan. (1993). Congruence in Client-Counselor Expectations. *Journal of Counseling Psychology*, 40, 379-384
- Amini, F, Lewis, T., Lannon, R. Baumbacher, G, Schiff, E.Z. (1996). Affect, attachment and memory. *Psychiatry*, 59, 213-239
- Ann, C. (2002). University Life and the Delay of Adulthood. In D. Aherne, P. Figge, G. Rott, *Separation and Attachment in Higher Education* (pp.147-154). Louvaine-la-Neuve : Fedora
- Bachelor, A. & Salamé, R. (2000). Participants' perceptions of dimensions of the therapeutic alliance over the course of therapy. *Journal of Psychotherapy Practice and Research*, 9, 1, 39-53
- Bachelor, A. (1995). Clients' perception of the therapeutic alliance : a qualitative analysis ». *Journal of Counseling Psychology*, 42, 323-337.
- Bakman, N. (1997). Thérapie brève d'orientation psychanalytique avec des étudiants et des étudiantes : Limites et possibilités. *Psychothérapies*, 17, 4, 201-210.
- Bartholomew, K. & Horowitz, L.M. (1991). Attachment styles among young Adults : A test of four-category Model. *Journal of Personality and Social Psychology*, 61, 226-244.
- Bartholomew, K & Shaver P.R. (1998). Methods of Assessing Adult Attachment. In J.A Simpson & W.S. Rholes, *Attachment Theory and Close Relationships* (pp 25-45). New-York : Guilford Press.
- Berrigan, L. P. & Garfield, S. L. (1981). Relationship of missed psychotherapy appointments to premature termination and social class. *The British Journal of Clinical Psychology*, 20, 239-242.
- Blos, P. (1979). The adolescent passage : Developmental issues. Gardner Press : New-York
- Bordin, E. (1979). The generalisability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy : Theory, Research and Practice*, 16, 252-260
- Bowlby, J. (1980). Attachment et perte: I. L'Attachement. Paris: Presses Universitaires de France.

- Bowlby, J. (1988). *A secure-base: Parent-child attachment and healthy human development*. New-York: Basic Books
- Chesney, M.A., Ickovics, J. (1997). Adherence to combinaison therapy in AIDS Clinical Trials. [Page Web]. Accès :<http://HIVinsite.ucsf.edu/topics/adherence/2098.4189.html>
- Collins, N.L & Read, S.L. (1994). Cognitive representations of attachment : the structure and function of working models. In K. Bartholomew & D. Perlman (Eds), *Advances in personal relationship : attachment processes in adulthood* (pp. 17-52). Cambridge : presse universitaire
- Crespo-Fierro, M. (1997). Compliance / Adherence and care management in HIV disease, *Journal of Association of Nurses in AIDS Care*, 8(4), 43-54.
- Crits-Christoph P, Barber JP, Kurcias JS. (1993). The accuracy of therapists' interpretations and the development of the therapeutic alliance. *Psychotherapy Research* 3, 25–35
- DiMatteo, M.R. & DiNicola, D.D. (1982). Achieving patient compliance : the psychology of the medical practitioner's role. In E. Worthington, *Client Compliance With Homework Directives During Counseling*, *Journal of Counseling Psychology*, 33(2), 124-130
- Docherty, J.P. (1985). The therapeutic Alliance and Treatment outcome. *The American Psychiatric Association Annual Review*, 4, 527-532
- Dolan, R., Arnkoff, D, Glass, C. (1993). Client attachment styles and psychotherapists' interpersonal stance. *Psychotherapy*, 30(3), 408-412.
- Dozier, M. (1990). Attachment organization and treatment use for adults with serious psychopathological disorders. *Development and Psychopathology*, 2, 47-60.
- Dozier, M & Tyrrell, C. (1998). The Role of Attachment in Therapeutic Relationships. In J.A Simpson & W.S. Rholes (Eds), *Attachment Theory and Close Relationships* (pp 221-247). New-York : Guilford Press
- Duehn, W. D. & Proctor, E. K. (1977). Initial clinical interaction and premature discontinuance in treatment. *American Journal of Orthopsychiatry*, 47, 284-290.
- Dunkle, J.H. & Friedlander, M.L. (1996). Contribution of therapist experience and personal characteristics to the working alliance. *Journal of Counseling Psychology*, 43, 456-460
- Eames, V., Roth, A. (2000). Patient attachment orientation and early working alliance – A study of patient and therapist reports of alliance quality and ruptures. *Psychotherapy Research*, 10(4), 421-434.
- Epperson, D.L., Bushway, D.J., Warman, R.E. (1983). Client self termination after one counseling session. *Journal of Counseling Psychology*, 30, 307-315
- Erikson, E.H. (1972). *Adolescence et crise*. Paris : Flammarion.

Feeney, J.A., Noller, P., Hanrahan, M. (1994). Assessing Adult Attachment. In M.B. Sperling & W.H. Berman (Eds.), *Attachment in Adults* (pp. 128-152). New-York : The Guilford Press

Feeney, J. & Noller, P. (1996). *Adult Attachment*. London : Sage Publication

Fonagy, P. Leigh, T., Steele, M., Kennedy, R., Mattoon, G. (1996). The relation of attachment status, psychiatric classification and response to psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 64*(1), 22-31

Foreman, S. A., et Marmar, C. R. (1985). Therapist actions that address initially poor therapeutic alliances in psychotherapy. *American Journal of Psychiatry, 142*, 922-926.

Freud, S. (1912). La dynamique du transfert. In *De la technique psychanalytique* (pp.50-60). Paris : PUF

Frieswyck, S.H, Allen, I.J., Colson, D.B., Gabbard, G.O., Horwitz, L., Gavin, E. (1986). Therapeutic alliance : its place as a process and outcome variable in dynamic psychotherapy research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 54*, 32-38

Gaston, L. (1990). The concept of the alliance and its role in psychotherapy : Theoretical and empirical considerations. *Psychotherapy, 27*(2), 143-153

Gaston, L. & Ring, J. M. (1992). Preliminary results on the Inventory of Therapeutic Strategies. *Journal of Psychotherapy Practice & Research, 1*, 135-146.

Gaston, L. & Marmar, C.R. (1994). The California Psychotherapy Alliance Scales. In A.O. Horvath & L.S. Greenberg (Eds), *The Working Alliance : Theory, research and practice* (pp 85-108). New-York : John Wiley & Sons

Gelso, C.J. & Carter, J.A. (1985). The relationship in counseling and psychotherapy. *Counseling Psychologist, 13*, 155-244

Gelso, C.J. & Fretz, B.R. (1992). *Counseling Psychology*. San Diego : Harcourt Brace Jovanovich

Gelso, C.J. & Carter, J.A. (1994). Components of the Psychotherapy relationship : Their interaction and unfolding during treatment. *Journal of Counseling Psychology, 41*, 296-306

Graça Figueiros, D. (2003). Developmental Differences Between Students Seeking and not Seeking Psychological Counseling. In D. Aherne, P. Figge, G. Rott, *Separation and Attachment in Higher Education* (pp. 157-167). Louvaine-la-Neuve : Fedora

Greenson, R. (1965). The working alliance and the transference neurosis. *Psychoanalysis, 34*, 155-181

- Guedeney, N. & Guedeney, A. (2002). *L'attachement : concepts et applications*. Masson : Paris
- Hartley, D.E. & Strupp, H. (1983). The therapeutic alliance : its relationship to outcome in brief psychotherapy. In J. Masling (Eds.), *Empirical studies in analytic theories* (pp1-37). Hillside : Erlbaum
- Haynes, R.B. (1979). Improving patient compliance : An empirical view. In E. Worthington, *Client Compliance With Homework Directives During Counseling*, *Journal of Counseling Psychology*, 33(2), 124-130
- Hazan, C. & Shaver, P.R. (1987). Romantic Love conceptualized as an attachment process. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52, 511-524.
- Hazan, C. & Zeifman, D. (1994). Sex and psychological tether. In K. Bartholomew & D. Perlman (Eds), *Advances in personal relationship : attachment processes in adulthood* (pp 151-180). Cambridge : presse universitaire
- Horvath, A.O & Greenberg, L. (1986). The development of the working alliance inventory. In L.S. Greenberg & W.M. Pinsof, W.M. (Eds.), *The psychotherapeutic process : A research handbook* (pp 529-556). New-York : Guildford Press
- Horvath, A.O., Symonds, B. (1991). Relation between Working Alliance and outcome in psychotherapy: A meta-analysis. *Journal of Counseling Psychology*, 38, 2, 139-149.
- Ickovics, J.R, Meisler, A.W. (1997). Adherence in AIDS clinical trials: a framework for clinical research and clinical care. *Journal of Clinic Epidemiology*, 50, 385-91.
- Kanninen, K. & Salo, J. (2000). Attachment Patterns and working alliance in trauma therapy for victims of political violence. *Psychotherapy Research*, 10,(4), 435-449
- Kivlighan, D.M. (1990). Relation between counselor use of intentions and clients' perceptions of working alliance. *Journal of Counseling Psychology*, 37, 27-32
- Kivlighan, D.M., Patton, M.J., Foote, D. (1998). Moderating Effects of Client Attachment on the Counselor Experience-Working Alliance Relationship. *Journal of Counseling Psychology*, 45(3), 274-278
- Kokotovic, A.M. & Tracey, T.J. (1987). Premature Termination at a University Counseling Center. *Journal of Counseling Psychology*, 34 (1), 80-82.
- Kokotovic, A.M., Tracey, T.J. (1990). Working alliance in early phase of Counseling. *Journal of Counseling Psychology*, 37(1), 16-21.
- Larsen, D.L., Nguyen, T.D., Green, R.S., Attkinson, C.C. (1983). Enhancing the utilisation of outpatient mental health services. *Community mental Health Journal*, 9, 305-320

Luborsky, L. (1976). Helping alliance in psychotherapy : The ground work for a study of the relationship to its outcome. In Claighhorn, J.L (Ed.), *Succesfull psychotherapy* (pp. 92-116). New-York : Brunner/Mazel

Luborsky, L., Crits-Christophe, P., Mintz, J. (1980). Mesuring the outcomes of psychotherapy findings of the Penn Psychotherapy Project. *Archives of General Psychiatry*, 37, 471-481

Luborsky, L. & Morgan, R. (1982). Predicting the outcomes of psychotherapy by the Penn Helping Rating Method. *Archives of General Psychiatry*, 39, 397-402

Luborsky, L., Crits-Christophe, P., Alexander, L., Margolis, M., Cohen, M. (1983). Tow helping alliance method for predicting outcomes of psychotherapy : acouting signs vs a global rating method. *Journal of Nervous and Mentl Disease*, 171, 480-491

Luborsky, L., Barber, J.P., Siqueland, L., Jonhson, S., Najavits, L.M. et al. (1996). The revised helping alliance questionnaire (HaqII) : Psychometric properties. *Journal of Psychtherapy Practice and Research*, 5(3), 260.271

Lyketsos, C.G., Fishman, M., Hutton, H., Cox, T., Hobbs, S., Spoler et al. (1997). The effectiveness of psychiatric treatment for HIV-infected patients, *Psychosomatics*, 38 (5), 423-32.

Mackie, AJ (1981). Attachment theory :. Its relevance to the therapeutic alliance. *British Journal of Medical Psychology*, 54, 203-212.

Main, M. & Cassidy, J. (1988). Categories of response to reunion with the parent at age 6 : predictable from infant attachment classifications and stable over a 1-month period. *Developmental Psychology*, 24, 415-426

Mallinckrodt, B. (1991). Client's representations of childhood emotional bonds with parents, social support, and formation of working alliance. *Journal of Counseling Psychology*, 38, 401-409

Mann, J. (1973). Time-limited psychotherapy. Cambridge : Harvard University Press

Marks, I. M. (1978). Behavioral psychotherapy of adult neurosis. In S.L. Garfield & A.E. Bergin (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change: An empirical analysis* (pp. 493-548). New York: John Wiley & Sons.

Mefi, C.A., Chawla, A.J., Croghan, T.W., Hanna, M.P. et al. (1998). The effect of adherence to antidepressant treatment guidelines on relapse and recurrence of depression. *Archive of Generl Psychiatry*, 55, 1128-1132

Mehta, S., Moore, R.D., Graham, N.M.H. (1997). Potential factors affecting adherence with HIV therapy, *Aids*, 11, 665-70.

Mohl, P. C., Martinez, D., Ticknor, C., Huang, M., & Cordell, M. D. (1991). Early dropouts from psychotherapy. *Journal of Nervous an Mental Disease*, 179, 478-481.

- Moras, K. & Strupp, H. (1982). Pretherapy interpersonal relations, patients' alliance, and outcome in brief therapy. *Archives of General Psychiatry*, 39, 405-409
- Muma, R.D., Ross M.W., Parcel, G.S., Pollard R.B. (1995). Adherence among individuals with HIV infection, *Aids*, 7(4), 439-47.
- O'Malley SS, Suh CS, Strupp, HH. (1983). The Vanderbilt Psychotherapy Process Scale: a report on the scale development and a process-outcome study. *Journal of Consulting Clinical Psychology*, 51, 581-586
- Parish, M & Eagle, M.N. (2003). Attachment to therapist. *Psychoanalytic Psychology*, 20(2), 271-286.
- Pekarik, G. (1983). Follow-up adjustment of outpatients dropouts. *American Journal of Orthopsychiatry*, 53, 501-511
- Pekarik, G., & Wierzbicki, M. (1986). The relationship between clients' expected and actual treatment duration. *Psychotherapy*, 23, 532-534.
- Perdereau, F & Godart, N. (2003). Attachement chez l'adulte et thérapie de famille. *Perspective Psy*, 42, 102-107.
- Pierrehumbert, B. (2003). Le premier lien : théorie de l'attachement. Paris : O. Jacob
- Piper, W. S., Azim, H. F., Joyce, A., McCallum, M. (1991). Transference interpretations, therapeutic alliance, and outcome in short-term individual psychotherapy. *Archives of General Psychiatry*, 48, 946-953.
- Rabkin, J.G., Chesney, M.A. (1998), Adhering to complex regimens for. [Page Web] Accès : <http://www.thebody.com/gmhc/issues/apr98/adherence.html>
- Ramu, C. (2004). Le style d'attachement et l'estime sociale chez les jeunes adultes. Mémoire de Diplôme d'Etudes Supérieures Spécialisées en Psychologie Clinique. Université de Genève
- Rothbard, J.C. & Shaver, P.R. (1994). Continuity of Attachment across Life Span. In M.B. Sperling & W.H. Berman (Eds), *Attachment in Adults* (pp.31-71). New-York : The Guilford Press
- Rutter, M. (1985). Resilience in the face of adversity. *British Journal of Psychiatry*, 147, 598-611
- Ryan, E.R. & Cicchetti, D.V. (1985). Prediction of quality of alliance in the initial psychotherapy interview. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 173(12), 717-725
- Safran, J.D. & Muran, J.C. (1996). The Resolution of Rupture in the Therapeutic Alliance. *Journal of Counseling Psychology*, 64 (3), 447-458.
- Satterfield, W. A., Lyddon, W.J. (1995). Client attachment and perceptions of the working alliance with counselor trainees. *Journal of Counseling Psychology*, 42, 2, 187-189.

Schmidt-Kitskis, E., Kilcher, E., Sanzana, A. (1995). Etudiants entre adolescence et vie adulte : une perspective psychanalytique. *Psychoscope*, 16(8), 14-17.

Simpson, J.A. & Rholes, W.S. (1998). Attachment Theory and Close Relationships. New-York : Guilford Press

Slade A. (1999). Attachment theory and research : Implication for the theory and practice of individual psychotherapy with adults. In J. Cassidy & P.R. Shaver (Eds), *Handbook of attachment: theory, research and clinical impliactions* (pp. 575-594). New-York: Guilford Press

Sperling, M.B. & Berman, W.H. (1994). Attachment in Adults. New-York : The Guilford Press

Sperling, M.B. & Sandow Lyons, L. (1994). Representations of Attachment and Psychotherapeutic Change. In M.B. Sperling & W.H. Berman (Eds), *Attachment in Adults* (pp. 331-349). New-York : The Guilford Press

Stephenson, J. (1999). Aids researchers target poor adherence, *JAMA*, 281(12), 69-79

Stassen, J-F, Atzamba, H, Joos, N, Rinaldi, J-M. (2005). Etudiants 2004. [Page Web]. Accès : http://www.unige.ch/rectorat/observatoire/pdf/Etudiants_2004_complet.pdf

Sue, S., McKinney, H. L., Allen, D. B. (1976). Predictors of the duration of therapy for clients in the community mental health system. *Community Mental Health Journal*, 12, 365-375.

Strupp, H.H. (1986). Psychotherapy : Research, practice and public policy. *American Psychologist*, 41, 120-130

Taube, C. A., Burns, B. J., Kessler, L. (1984). Patients of psychiatrists and psychologists in office-based practice: 1980. *American Psychologist*, 39, 1435-1447.

Tyron, G.S. (1989). Study of variables related to client engagement using practicum trainees and experienced clinicians. *Psychotherapy*, 26, 54-61

Tyron, G.S. & Kane, A.S. (1990). The helping alliance and premature termination. *Counseling Psychology Quarterly*, 3, 233-238

Tyron, G.S., Kane, A.S. (1993). Relationship of working alliance to mutual and unilateral termination. *Journal of Counseling Psychology*, 40(1), 33-36.

Tracey, T. J. (1986). Interactional correlates of premature termination. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54, 784-788

Tseng, A.L. (1998). Compliance issues in the treatment of HIV infection, *American Journal of Health-Syst Pharm.*, 55, 17-24

Walters, E. (1978). The reliability and stability of individual differences in infant-mother attachment. *Child Development*, 49, 483-494.

Walters, E., Merrick, S.K, Albersheim, L., Treboux, D. (1995). Attachment security from infancy to early adulthood :A 20-year longitudinal study. In B. Pierrehumbert, *Le premier lien : théorie de l'attachement* (pp. 266). Paris : O. Jacob

Weiss, R.S. (1982). The attachment bond in childhood and adulthood. In C.M. Parkes, J. Srevenson-Hinde & P. Marris, *Attachment across the life cycle* (pp 66-76). New-York: Routledge

Williams, A.B. (1999). Adherence to highly active antiretroviral therapy, *Nursing Clinics of North America*, 34 (1), pp113-29.

Winicott, D.W. (1965). The capacity to be alone. In D. Aherne, P. Figge, G. Rott, *Separation and Attachement in Higher Education* (pp.147-154). Louvaine-la-Neuve : Fedora

Zamosty, K.P., Corrigan, J.D., Eggert, M.A. (1981). Replication and extension of social influence processes in counseling : A field study. *Journal of Counseling Psychology*, 28, 481-489

Zetzel, E.R. (1956). Current concepts of transference. *International Journal of Psychoanalysis*, 37, 369-378