

2 QUAND LA RELATION EST DIFFICILE...

L'ALLIANCE THÉRAPEUTIQUE EN PARTENARIAT

FLORENCE BOUVET-BOUCHARD, MARIE LECLAIRE,
MARIE-PIERRE CODSI ET VINCENT MONTPETIT

L'approche du partenariat patient transforme la relation de soins en favorisant une collaboration accrue entre médecin et patient. Mais que faire, face aux tensions ou aux désaccords ? Seraient-ils le signe d'un potentiel échec du partenariat ? Au contraire ! Cet article vous aidera à composer avec ces tensions au moyen de votre subjectivité, de votre créativité et du partenariat lui-même.

CAS CLINIQUE

Cet après-midi, M^{me} Bertrand, que vous connaissez depuis quelques années, a rendez-vous à votre bureau pour le suivi d'une visite au service des urgences. Elle vous raconte qu'elle est en arrêt de travail depuis quatre semaines, à la suite d'un traumatisme crâniocérébral léger. Elle a des antécédents d'arrêts de travail prolongés. Elle rapporte aujourd'hui quelques symptômes persistants. Elle mentionne en début d'entretien qu'elle souhaite que vous prolongiez de trois mois son arrêt de travail afin de lui permettre de bien récupérer. Vous craignez que cet épisode se chronicise également. Vous vous sentez dans une impasse... Quelle sera votre réponse ? Vous envisagez deux options :

Scénario A : Vous prolongez de deux semaines l'arrêt complet, puis prescrivez d'emblée un retour progressif au travail en soutenant que le traitement passe par la reprise des activités. La patiente prend le formulaire que vous lui remettez et quitte votre bureau sans en dire davantage, la mine basse.

Scénario B : Vous acquiescez à la demande de la patiente en prolongeant de trois mois l'arrêt de travail et fixez un rendez-vous de suivi dans six semaines, car vous vous dites que, de toute façon, ce cas risque d'être long. Après le départ de M^{me} Bertrand, vous vous demandez comment vous allez bien justifier votre décision auprès de ses assurances.

Et si une autre option s'offrait à vous ?

LE MYSTÈRE D'UNE RELATION QUI SOIGNE

En psychologie clinique, les données sont claires : c'est l'alliance thérapeutique qui est considérée comme la variable la plus importante pour prédire l'efficacité d'une psychothérapie, au-delà des techniques et des approches utilisées¹. En médecine, l'alliance thérapeutique est associée à des effets positifs dans divers domaines²⁻⁵. Cependant, ce concept reste peu abordé, et le vocabulaire disponible pour décrire les aléas d'une relation thérapeutique demeure limité⁶. L'alliance est ainsi rarement investie comme un véritable outil clinique dans la pratique médicale. Les médecins expérimentés y reconnaîtront sans doute un art qu'ils ont développé instinctivement au fil de leur pratique. Nous vous proposons ici de vous tourner vers le domaine de la psychologie, dans lequel la recherche a abondamment éclairé cet angle mort médical.

QU'EST-CE QU'ON ENTEND PAR « ALLIANCE THÉRAPEUTIQUE » ?

La définition la plus consensuelle de l'alliance thérapeutique est celle de Bordin (1979)⁷, qui la détaille en trois composantes interreliées :

- » Une entente entre le patient et le clinicien, quant aux **objectifs** de la psychothérapie ;
- » L'attribution des **tâches** nécessaires pour atteindre ces objectifs ;
- » L'établissement d'un **lien affectif fondé sur la confiance mutuelle** entre le clinicien et le patient.

Dans les recherches les plus récentes, on a toutefois affiné cette conceptualisation en insistant désormais sur le caractère dynamique, intersubjectif et collaboratif du processus

La D^{re} Florence Bouvet-Bouchard est médecin de famille et chargée d'enseignement clinique au GMF-U Notre-Dame. La D^{re} Marie Leclaire est psychologue clinicienne, superviseuse d'internats et professeure adjointe de clinique au GMF-U Notre-Dame. La D^{re} Marie-Pierre Codsi est médecin de famille au GMF-U Notre-Dame et coprésidente de la Formation PARTENAIRES à l'Université de Montréal. M. Vincent Montpetit est patient partenaire et étudiant au doctorat en psychologie à l'Université du Québec à Montréal.

relationnel⁸. L'alliance thérapeutique n'est donc plus considérée comme un état figé : elle évolue au cours de la relation de soins, pouvant traverser des phases de tension, suivies de moments de réparation. Ces tensions, voire ces microtensions relationnelles, appelées *ruptures d'alliance* en psychologie, sont aujourd'hui au cœur des études, car leur gestion par la dyade patient-clinicien influence l'issue thérapeutique.

Il est important de préciser qu'une rupture d'alliance ne signifie pas un échec relationnel ou thérapeutique. Elle traduit plutôt une perturbation dans la collaboration qui, une fois reconnue et gérée, offre une réelle occasion de renforcer la confiance mutuelle. En effet, les relations thérapeutiques qui traversent des ruptures, suivies de réparations efficaces, tendent à devenir plus solides et authentiques que celles où les tensions restent non repérées ou non résolues. Du point de vue d'un modèle de partenariat, ce concept apparaît fort utile pour représenter le travail actif de coconstruction dynamique vécu dans les consultations médicales. Patients et médecins travaillent constamment, souvent même sans s'en rendre compte, à relever et à réparer les ruptures d'alliance qui affaiblissent leur capacité à collaborer vers des objectifs communs.

CAS CLINIQUE

DISCOURS INTERNE DE LA PATIENTE AVANT SON RENDEZ-VOUS

J'appréhende le rendez-vous de suivi avec mon médecin. Je lui ai déjà demandé à quelques reprises des arrêts de travail dans le passé. Que va-t-il penser de ma demande de prolongation ? Que je suis paresseuse et profiteuse ? Pourtant, j'adore mon travail ! Je n'ai vraiment pas de chance avec ma santé depuis quelques années. Et là, je crains que ma commotion cérébrale soit la goutte qui fasse déborder le vase. Avec tout ce stress qu'il y a au travail, je ne vois pas comment je pourrais répondre aux demandes de mon patron en traînant le boulet des symptômes qui persistent. Si j'y retourne dans cet état, j'ai l'impression que ce n'est qu'une question de temps avant que je frappe un autre mur, qui, lui, pourrait me faire réellement sombrer. J'en ai parlé avec mon psychologue, et il est d'accord avec moi. Lorsque je rencontrerai mon médecin, je ne perdrai pas de temps et lui exprimerai mes besoins pour ce qui est de la prolongation de mon arrêt de travail. Si je prends trois mois de plus pour récupérer, je suis convaincue que j'aurai la capacité de répondre aux exigences du travail...

TENSIONS DANS LE CABINET : DES RUPTURES DE RETRAIT ET DE CONFRONTATION

La littérature nous invite à distinguer deux types de ruptures d'alliance, selon que la réaction en soit une de retrait ou de

LES DEUX TYPES DE RUPTURE D'ALLIANCE⁹

TABLEAU I

La rupture de retrait

- » Le patient ou le médecin se désengage sur le plan émotionnel ou comportemental en adoptant une stratégie d'évitement, en s'éteignant ou en masquant son expérience.
- » Fonction relationnelle : se protéger en gardant ses émotions à distance, préserver la cohésion et l'harmonie apparente au détriment de l'authenticité et de l'affirmation de soi.
- » Ce type de rupture est souvent subtile.

La rupture de confrontation

- » Le patient ou le médecin exprime activement un désaccord ou une critique.
- » Fonction relationnelle : réaffirmer son autonomie, exprimer un besoin non reconnu, préserver un sentiment de contrôle, au détriment de la cohésion.
- » Ce type de rupture est souvent plus explicite que la rupture de retrait.

Tableau des auteurs.

confrontation. Nous les résumons et distinguons dans le *tableau I*⁹. La description de ces types de ruptures devrait vous permettre de les reconnaître dans la réaction du médecin des deux scénarios proposés en début d'article. Comme nous l'avons expliqué, les moments de rupture représentent une occasion de renforcer l'alliance thérapeutique, qu'il s'agisse d'une rupture de retrait ou de confrontation.

COMMENT REPÉRER DES RUPTURES D'ALLIANCE ?

Afin de repérer une rupture d'alliance, on peut s'appuyer sur divers indices, appelés *marqueurs d'alliance* en psychologie, qui sont résumés au *tableau II*¹⁰. On peut distinguer deux types de marqueurs¹¹ :

- » Marqueurs interpersonnels : ce sont les *indices observables* pendant l'interaction ;
- » Marqueurs émotionnels : ce sont les *indices ressentis*. Ils sont liés aux émotions vécues pendant la consultation.

Il est important de noter que de multiples facteurs peuvent influencer la capacité d'une personne à percevoir les ruptures d'alliance, y compris les dynamiques de pouvoir qui sont inhérentes aux relations de soins. Il n'est donc pas impératif que les deux membres de la dyade aient perçu une rupture pour que celle-ci existe et qu'il soit pertinent de participer à la démarche de réparation.

DU « PATIENT DIFFICILE » À LA RUPTURE DE PARTENARIAT

Il n'est pas toujours évident de repérer les ruptures d'alliance et d'y réagir de façon constructive. Il faut être capable d'écouter ce qui se passe en soi et dans la relation, tout en

LES MARQUEURS DE RUPTURE D'ALLIANCE¹⁰

TABLEAU II

	Ruptures de retrait	Ruptures de confrontation
Marqueurs interpersonnels (indices observables)	» Attitudes d'évitement, de repli, de désengagement » Baisse de tonalité et d'engagement » Silence, indifférence, apathie, passivité » Conformité de surface, dissimulation, inauthenticité	» Attitudes d'hostilité, d'opposition, de contrôle » Augmentation d'engagement et d'énergie, hausse de ton » Mécontentement, plaintes sur les soins ou le clinicien » Lutte de pouvoir » Désaccord marqué
Marqueurs émotionnels (indices ressentis)	Anxiété, tristesse, sentiment de culpabilité, ennui, confusion, ambivalence, honte	Colère, indignation, frustration, sentiment d'incompétence, impression d'être jugé ou incompris

Tableau des auteurs.

résistant au réflexe de poser l'étiquette du « patient difficile » ou du « médecin sans empathie » lorsque des émotions inconfortables sont ressenties. Heureusement, il est possible, pour les médecins et les patients, d'apprendre et de s'exercer à bien repérer les ruptures. Parmi les principales compétences qui permettent la détection de ruptures d'alliance, nous retrouvons la conscience de soi (écoute de sa propre subjectivité), la sensibilité interpersonnelle et la régulation des affects qui permet, par exemple, de résister à l'hostilité manifestée lors d'une rupture de confrontation¹⁰.

La proposition d'utiliser le concept de l'alliance dans un contexte de partenariat pourrait se résumer ainsi : en cas de difficultés, rediriger l'attention sur l'alliance entre les partenaires plutôt que chercher à caractériser l'autre personne. Par exemple, dans le scénario A, le fait que la patiente présente une réaction de retrait (évitement, mine basse, absence d'expression de son ressenti) ne signifie pas que le médecin soit un mauvais partenaire. Le vécu interne et émotionnel ne renseigne en effet jamais tant directement sur l'autre que sur le lien de collaboration. **Les marqueurs de rupture d'alliance agissent donc comme une boussole dont les deux acteurs peuvent se servir pour sonder l'état de l'alliance.**

COMMENT RÉPARER UNE RUPTURE D'ALLIANCE ?

Après avoir détecté une rupture d'alliance, plusieurs voies d'action peuvent mener à une réparation. Il n'y a pas de recette précise à suivre, mais plutôt certains principes qui peuvent vous guider. D'ailleurs, beaucoup de processus de réparation se font de manière naturelle et informelle et sont initiés tant par les médecins que par les patients.

Premier principe : explorer les perspectives (possiblement fort différentes) qu'ont les deux acteurs des buts, des rôles ou des objectifs qu'ils se donnent.

Cela demande l'écoute active de la perspective de l'autre, mais également la capacité d'explicitier et de clarifier ses propres buts, tâches ou rôles, ce qui n'est pas toujours aussi évident qu'il n'y paraît. En effet, arriver à nommer ses propres attentes et besoins peut parfois demander un certain travail personnel réflexif, car ceux-ci sont parfois intériorisés, inconscients ou considérés à tort comme « évidents » pour tout le monde. Par exemple, beaucoup de patients rapportent leur surprise de découvrir les nombreux besoins implicites et jamais exprimés des cliniciens que sont l'importance de la chronologie dans le récit des symptômes, les responsabilités médico-légales associées à certains enjeux, etc.

Deuxième principe : utiliser des stratégies de métacommunication.

La métacommunication, en résumé, c'est d'être capable de parler de ce qui est en train de se passer dans la pièce. Dans une optique de réparation d'alliance, il s'agit d'être en mesure d'aborder les enjeux de communication perçus dans la relation et de le faire en partenariat. Voilà qui est bien simple à dire, mais, encore une fois, pas toujours facile à faire, car il s'agit d'ouvrir une discussion, alors qu'on peut se sentir soi-même sous tension. Il faut donc s'armer d'un peu de courage, de curiosité et de créativité. Le jeu en vaut cependant la chandelle, car aborder la rupture en partenariat est la clé de voûte de l'alliance thérapeutique, et les stratégies de métacommunication sont reconnues comme très efficaces pour renforcer le lien de confiance et de collaboration¹².

Il existe plusieurs stratégies de métacommunication, que l'on peut classer selon leur fonction dans l'interaction¹³⁻¹⁵. Nous donnons dans le *tableau III*¹³⁻¹⁵ des exemples de stratégies de métacommunication verbales. Ces catégories ne sont pas rigides ; en effet, une même stratégie peut remplir plusieurs fonctions à la fois.

Les habiletés de métacommunication, détaillées dans le *tableau III*¹³⁻¹⁵, ne sont pas réservées aux cliniciens. Les patients développent et mobilisent aussi ces stratégies pour réguler la relation de soin. En exprimant leurs besoins, malaises ou incompréhensions, ils contribuent à maintenir ou à restaurer l'alliance, même en contexte de tension. Cette participation demande souvent courage et réflexivité, surtout face aux rapports de pouvoir implicites qui peuvent exister dans la relation. Reconnaître ces interventions comme des marques d'engagement est essentiel. Accueillir les initiatives de réparation avec ouverture est une composante importante d'une posture de partenariat qui favorise la consolidation de l'alliance thérapeutique.

CAS CLINIQUE

EXEMPLES DE DÉMARCHE DE RÉPARATION

Dans le scénario A, démarche initiée par la patiente :

« J'aimerais comprendre : pourquoi pensez-vous qu'un retour progressif dès maintenant soit si important ou aidant ? Je veux souligner le fait que je crains vraiment de frapper un autre mur si je reprends bientôt mon travail. J'ai l'impression que je ne suis pas prise au sérieux. Peut-être me suis-je mal exprimée sur l'ampleur de mes symptômes ? Je veux retourner travailler, d'autant plus que j'aime ce que je fais. Cependant, je suis convaincue que le retour au travail devrait attendre si on veut que ce soit une réussite. Est-ce que cela a du sens pour vous ? »

Dans le scénario B, démarche initiée par le médecin :

« Afin que nous puissions prendre une décision ensemble, j'aurais besoin, de mon côté, de vous préciser quelques éléments. D'abord, on sait qu'en général, plus une personne reste longtemps en arrêt de travail, plus le retour au travail est difficile. Dans nos guides de pratique, on encourage d'ailleurs les médecins à éviter de prescrire d'emblée des arrêts de plusieurs mois.

Ensuite, il faut savoir que, pour pouvoir prescrire un arrêt de travail, je dois évaluer deux éléments : premièrement, je dois me prononcer médicalement sur les symptômes qui vous rendent inapte au travail et, deuxièmement, je dois m'assurer que l'arrêt de travail est véritablement thérapeutique, c'est-à-dire qu'il facilite votre rétablissement. Permettez-vous que nous explorions cela ensemble ? »

CONCLUSION

L'alliance thérapeutique, loin d'être figée, suit le fil de la relation : elle peut connaître des tensions, mais aussi des réparations qui renforcent le lien et deviennent une porte ouverte

STRATÉGIES DE MÉTACOMMUNICATION VERBALE EN MILIEU CLINIQUE¹³⁻¹⁵

TABLEAU III

Fonction	Exemples en contexte clinique
Clarificatrice	
Clarifier un malentendu ou une incompréhension dans l'échange	« J'ai l'impression que ce que je vous ai dit tout à l'heure n'a pas été bien reçu. Est-ce que vous pouvez me dire comment vous l'avez compris ? »
Réflexive	
Amener une prise de conscience sur la dynamique relationnelle	« Je remarque que nous avons du mal à nous rejoindre aujourd'hui. Je me demande si quelque chose dans ma façon d'interagir vous freine. »
Émotionnelle	
Reconnaître et valider les émotions présentes dans l'interaction	« Je sens qu'il y a eu une tension entre nous depuis que j'ai abordé ce sujet. Vous êtes-vous senti jugé ou incompris ? »
Explorative	
Approfondir la compréhension de ce qui se joue dans la relation	« Je me demande ce que vous ressentez quand je vous pose ce genre de question. Est-ce que cela vous met mal à l'aise ? »

vers une démarche authentique, créative et collaborative. Dans cette dynamique, le patient n'est pas seulement porteur de son vécu de la maladie, mais aussi d'un savoir relationnel précieux.

En intégrant une posture de curiosité et de réflexivité, cliniciens et patients peuvent donc apprendre à utiliser leur subjectivité comme outil de soins. Certes, les ruptures d'alliance ne pourront pas toutes être réparées. Parfois, les points de vue ne pourront pas être réconciliés. Mais oser la métacommunication, en s'intéressant à la perspective de l'autre et en rendant la sienne plus consciente, n'est jamais contre-indiqué. Travailler à réparer les bris d'alliance, c'est entrer pleinement dans le partenariat. Cela permet de transformer les consultations en espaces d'apprentissage mutuel. Et c'est peut-être là que se cache le vrai cœur des soins ! ■

Date de réception : le 27 juillet 2025

Date d'acceptation : le 25 août 2025

Les D^{rs} Florence Bouvet-Bouchard, Marie Leclaire et Marie-Pierre Codsi ainsi que M. Vincent Montpetit n'ont signalé aucun conflit d'intérêts.

BIBLIOGRAPHIE

1. Flückiger C, Del Re AC, Wampold BE et coll. The alliance in adult psychotherapy: a meta-analytic synthesis. *Psychotherapy (Chic)* 2018 ; 55(4): 316-40. DOI: 10.1037/pst0000172.
2. Ferreira PH, Ferreira ML, Maher CG et coll. The therapeutic alliance between clinicians and patients predicts outcome in chronic low back pain. *Phys Ther* 2013; 93(4): 470-8. DOI: 10.2522/ptj.20120137.
3. Mastropolo R, Altschuler A, Brock KE et coll. Patient, caregiver, and clinician perspectives on core components of therapeutic alliance for adolescents and young adults with advanced cancer: a qualitative study. *JAMA Netw Open* 2023; 6(8): e2328153. DOI: 10.1001/jamanetworkopen.2023.28153.
4. Boeckxstaens P, Meskens A, Van der Poorten A et coll. Exploring the therapeutic alliance in Belgian family medicine and its association with doctor-patient characteristics: a cross-sectional survey study. *BMJ Open* 2020; 10(2): e033710. DOI: 10.1136/bmjopen-2019-033710.
5. Totura CMW, Fields SA, Karver MS. The role of the therapeutic relationship in psychopharmacological treatment outcomes: a meta-analytic review. *Psychiatr Serv* 2018; 69(1): 41-7. DOI: 10.1176/appi.ps.201700114.
6. Karazivan P, Leclaire M, Andres C. Les médecins de famille et la santé mentale : une expertise en mal de reconnaissance ou une pratique différente de celle des psychiatres? *Santé mentale au Québec* 2017; 42(1): 411-24. DOI: 10.7202/1040262ar.
7. Bordin ES. The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy* 1979; 16(3): 252-60. DOI: 10.1037/h0085885.
8. Høgenhaug SS, Kongerslev MT, Kjaersdam Telléus G. The role of interpersonal coordination dynamics in alliance rupture and repair processes in psychotherapy – A systematic review. *Front Psychol* 2024; 14: 1291155. DOI: 10.3389/fpsyg.2023.1291155.
9. Charest-Drapeau O, Girard L, Côté A et coll. Détection des divers types de ruptures d'alliance : influence des dispositions des thérapeutes. *Revue québécoise de psychologie* 2023; 44(1): 155-84. DOI: 10.7202/1100441ar.
10. Eubanks CF, Muran JC, Safran JD. Alliance rupture repair: a meta-analysis. *Psychotherapy (Chic)* 2018; 55(4): 508-19. DOI: 10.1037/pst0000185.
11. Talbot C, Ostiguy-Pion R, Painchaud E et coll. Detecting alliance ruptures: the effects of the therapist's experience, attachment, empathy and countertransference management skills. *Res Psychother* 2019; 22(1): 325. DOI: 10.4081/ripppo.2019.325.
12. Safran JD, Muran JC, Eubanks-Carter C. Repairing alliance ruptures. *Psychotherapy (Chic)* 2011; 48(1): 80-7. DOI: 10.1037/a0022140.
13. Eubanks CF, Burckell LA, Goldfried MR. Clinical consensus strategies to repair ruptures in the therapeutic alliance. *J Psychother Integr* 2018; 28(1): 60-76. DOI: 10.1037/int0000097.
14. Watzlawick P, Bavelas JB, Jackson DD. *Pragmatics of human communication, a study of interactional patterns, pathologies, and paradoxes*. New York: WW Norton & Company; 1967. 304 pages.
15. de Roten Y. Restauration du rapport collaboratif. Dans : Brennstuhl MJ et Marteau-Chasserieu F, rédacteurs. *L'alliance thérapeutique*. Malakoff : Dunod ; 2021. p. 175-80.



CE QUE VOUS DEVEZ RETENIR

- » L'alliance thérapeutique est un outil clinique dynamique qui se construit, se tend et se répare en partenariat avec le patient.
- » Les tensions relationnelles, loin d'être des échecs, sont des occasions de renforcer la confiance et la collaboration thérapeutique.
- » La métacommunication permet d'aborder les malentendus et les émotions pour coconstruire une relation authentique et soignante.

EN WEBDIFFUSION

ATELIERS
DE PRATIQUE
AVISÉEINSCRIVEZ-VOUS
DÈS MAINTENANT !FÉDÉRATION DES MÉDECINS
OMNIPRATICIENS DU QUÉBEC

Mieux choisir

- nos traitements
- notre anamnèse et notre examen physique
- nos évaluations par imagerie
- nos évaluations de laboratoire
- nos suivis des maladies chroniques

