
WORKING ALLIANCE INVENTORY (WAI)

DESCRIPTION

La Working Alliance Inventory (WAI) est l'un des instruments les plus utilisés dans la recherche et la pratique clinique pour évaluer la qualité de l'alliance thérapeutique. Conçue initialement par Horvath et Greenberg à la fin des années 1980, elle s'appuie sur la définition proposée par Edward Bordin (1979), qui conçoit l'alliance thérapeutique comme une construction tripartite comprenant l'accord sur les objectifs de la thérapie, l'accord sur les tâches permettant d'atteindre ces objectifs, et le lien affectif entre patient et thérapeute.

FONDEMENTS THÉORIQUES

Bordin (1979) a proposé que l'alliance thérapeutique se fonde sur trois dimensions complémentaires :

- Accord sur les objectifs (goals) : patient et thérapeute partagent une vision commune des buts à atteindre au cours du traitement.
- Accord sur les tâches (tasks) : patient et thérapeute s'entendent sur les activités ou stratégies concrètes qui favoriseront le changement.
- Lien affectif (bond) : sentiment de confiance, d'acceptation mutuelle et de collaboration qui sous-tend la relation.

Cette conceptualisation trans-théorique visait à dépasser les limites des modèles d'alliance spécifiques à une approche psychothérapeutique donnée. Le WAI s'est imposé comme un outil de référence précisément parce qu'il est applicable à divers cadres (thérapies psychodynamiques, cognitivo-comportementales, humanistes, systémiques, etc.).

DÉVELOPPEMENT ET VERSIONS DE L'INSTRUMENT

La version originale du Working Alliance Inventory (Horvath & Greenberg, 1989) comporte 36 items, chacun évalué sur une échelle de Likert en 7 points (1 = rarement à 7 = toujours).

L'instrument existe en plusieurs formes adaptées aux différents points de vue sur l'alliance:

- WAI-C (Client form) : autoévaluation par le patient.
- WAI-T (Therapist form) : évaluation par le thérapeute.
- WAI-O (Observer form) : cotation par un évaluateur externe à partir d'enregistrements de séances.

Des versions abrégées ont été développées pour répondre aux contraintes de temps dans la pratique clinique et la recherche. Le WAI-Short Form (WAI-S) (Tracey & Kokotovic, 1989) comprend 12 items tout en conservant la structure tridimensionnelle. D'autres adaptations existent, comme le WAI-SR (short revised; Hatcher & Gillaspy, 2006), qui offre une meilleure stabilité factorielle et une formulation simplifiée des items.

STRUCTURE FACTORIELLE ET VALIDITÉ

Les études psychométriques confirment que la structure tripartite (objectifs, tâches, lien) est robuste, bien que certaines analyses factorielles trouvent parfois une solution unidimensionnelle ou bidimensionnelle (Horvath & Greenberg, 1989; Andrusyna et al., 2001). L'instrument présente d'excellentes qualités métrologiques :

- Fidélité interne élevée (α de Cronbach généralement $> .85$ pour l'échelle totale et $> .80$ pour les sous-échelles).
- Validité convergente : corrélations importantes avec d'autres mesures de l'alliance.
- Validité prédictive : scores plus élevés de WAI corrélés à de meilleurs résultats thérapeutiques (Horvath & Symonds, 1991; Martin, Garske & Davis, 2000).

ADMINISTRATION ET COTATION

Le WAI est administré sous forme de questionnaire auto-rapporté ou rempli par le thérapeute. Les réponses se font sur une échelle de Likert de 1 à 7. Trois sous-scores peuvent être calculés : Goals, Tasks, Bond. Un score total est obtenu en additionnant l'ensemble des items.

UTILISATIONS CLINIQUES

L'évaluation régulière de l'alliance thérapeutique est recommandée comme outil de monitoring du processus psychothérapeutique. Elle permet de détecter les difficultés relationnelles ou les ruptures potentielles, d'ouvrir un dialogue, d'anticiper les abandons

précoces, et d'ajuster la technique thérapeutique.

Le WAI est particulièrement utile dans les approches intégratives et dans la psychothérapie assistée par les psychédéliques (PAP), où l'alliance est déterminante pour le vécu de la séance et l'intégration post-expérience.

ATOUS ET LIMITES

Points forts :

- Outil validé et largement utilisé, offrant une base solide pour la comparaison inter-études.
- Versions multiples adaptées aux différentes perspectives (patient, thérapeute, observateur).
- Applicabilité trans-théorique et interculturelle.

Limites :

- Auto-évaluation influencée par la désirabilité sociale.
- Sensibilité limitée aux micro-variations d'alliance d'une séance à l'autre.
- Analyse factorielle parfois discutée.

RÉFÉRENCES

Bordin ES. The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*. 1979;16(3):252-260.

Horvath AO, Greenberg LS. Development and validation of the Working Alliance Inventory. *Journal of Counseling Psychology*. 1989;36(2):223-233.

Tracey TJ, Kokotovic AM. Factor structure of the Working Alliance Inventory. *Psychological Assessment*. 1989;1(3):207-210.

Horvath AO, Symonds BD. Relation between working alliance and outcome in psychotherapy: A meta-analysis. *Journal of Counseling Psychology*. 1991;38(2):139-149.

Martin DJ, Garske JP, Davis MK. Relation of the therapeutic alliance with outcome and other variables: A meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 2000;68(3):438-450.

Andrusyna TP, Tang TZ, DeRubeis RJ, Luborsky L. The factor structure of the Working Alliance Inventory in cognitive-behavioral therapy. *Journal of Psychotherapy Practice and Research*. 2001;10(3):173-178.

- Hatcher RL, Gillaspay JA. Development and validation of a revised short version of the Working Alliance Inventory (WAI-SR). *Psychotherapy Research*. 2006;16(1):12-25.
- Safran JD, Muran JC. *Negotiating the therapeutic alliance: A relational treatment guide*. New York: Guilford Press; 2000.