

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC

MÉMOIRE PRÉSENTÉ À
L'UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES

COMME EXIGENCE PARTIELLE
DE LA MAITRISE EN PSYCHOÉDUCATION

PAR
MARIE-EVE BÉDARD-NADEAU

ALLIANCE THÉRAPEUTIQUE ET TRAITEMENT SOUS CONTRAINTE : POINT
DE VUE DE PERSONNES JUDICIARISÉES RÉSIDANT DANS UNE RESSOURCE
D'HÉBERGEMENT EN DÉPENDANCE

AVRIL 2017

Université du Québec à Trois-Rivières

Service de la bibliothèque

Avertissement

L'auteur de ce mémoire ou de cette thèse a autorisé l'Université du Québec à Trois-Rivières à diffuser, à des fins non lucratives, une copie de son mémoire ou de sa thèse.

Cette diffusion n'entraîne pas une renonciation de la part de l'auteur à ses droits de propriété intellectuelle, incluant le droit d'auteur, sur ce mémoire ou cette thèse. Notamment, la reproduction ou la publication de la totalité ou d'une partie importante de ce mémoire ou de cette thèse requiert son autorisation.

Sommaire

Le trouble lié à l'usage de substances psychoactives (TUS) est répandu chez les personnes judiciairisées et il n'est pas rare qu'elles doivent intégrer un traitement sous contraintes judiciaires (Kelly, Finney et Moos, 2005). En raison du contexte coercitif dans lequel est dispensé le traitement, l'intervention auprès de cette clientèle comporte de nombreux enjeux, parmi lesquels se retrouvent la motivation et le développement de l'alliance thérapeutique (AT). L'AT se rapporte à la collaboration entre l'intervenant et le client autour de trois dimensions : 1. l'accord sur les objectifs de traitement; 2. les tâches qui devront être accomplies dans le traitement et; 3. le lien affectif (Bordin, 1979). Les recherches démontrent que l'alliance serait une des plus importantes variables prédictives des résultats d'un traitement pour le TUS et de la rétention en traitement (Meier, Barrowclough et Donmall, 2005). Néanmoins, il est reconnu que les personnes sous contraintes légales présentent davantage de motivations externes, sont moins engagées et plus résistantes au traitement (Cournoyer, Brochu, Landry et Bergeron, 2007). Qui plus est, la nature punitive du système judiciaire se heurte souvent aux principes de la réadaptation en dépendance (Schneeberger et Brochu, 2000). Par conséquent, cette recherche qualitative, réalisée dans le cadre d'un mémoire, a pour objectif d'explorer et de décrire le phénomène de l'AT dans le traitement des personnes dépendantes aux substances psychoactives (SPA) sous mesures judiciaires. Plus spécifiquement, ce mémoire tente de répondre à trois questions : (1) Quelles sont les motivations de ces personnes à traiter leur dépendance et à suivre un traitement?

(2) Comment se traduit l'AT dans ce contexte de traitement? (3) Quels sont les facteurs perçus comme favorables et nuisibles à l'établissement de l'AT? Quinze entretiens semi-structurés ont été menés individuellement auprès d'hommes en traitement pour un TUS sous contraintes judiciaires dans quatre différents centres de traitement certifiés au Québec. Dans une approche de type inductif (Blais et Martineau, 2006), une analyse de contenu thématique (Paillé et Mucchielli, 2012) a été effectuée. Les résultats obtenus montrent que les participants ont des motivations au changement et au traitement d'ordre interne et externe et qu'ils n'ont pas la perception d'être contraints au traitement. Ainsi, il est préférable de ne pas catégoriser les clients comme intrinsèquement ou extrinsèquement motivés. D'autre part, c'est le lien affectif qui contribue le plus à l'alliance alors que la dimension des tâches y contribue peu. Par conséquent, les psychoéducateurs devraient d'abord concentrer leurs efforts à développer le lien avant de s'attarder aux autres dimensions (objectifs et tâches). Le temps et la confidentialité ont une influence sur la création du lien ainsi que certaines variables propres aux intervenants : le statut « d'ex-dépendant », le sexe et l'âge. Qui plus est, le suivi individuel avec un intervenant attiré à l'intérieur du programme de traitement semble favoriser la création et le maintien de l'alliance. Finalement, l'AT n'est pas perçue comme un facteur indispensable au cheminement thérapeutique par tous les participants. Le programme de traitement et la modalité de groupe y contribuent également.

Table des matières

Sommaire	ii
Liste des tableaux	viii
Liste des figures	ix
Liste des abréviations et des sigles	x
Remerciements	xii
Introduction	1
Problématique et contexte théorique	6
L'alliance thérapeutique	7
Les origines du concept	8
Le modèle de Bordin	11
Quelques parallèles avec la psychoéducation	15
Le trouble lié à l'usage de SPA ou de la dépendance au SPA?	17
L'alliance thérapeutique dans le traitement des personnes dépendantes	20
La consommation de SPA, la dépendance et la criminalité	24
L'offre de services en dépendance aux personnes judiciairisées	27
La motivation dans le traitement des dépendances	31
L'alliance thérapeutique dans le traitement des personnes dépendantes sous mesures judiciaires	38
Les limites dans les connaissances actuelles	42
L'objectif et les questions de recherche	45
Méthode de recherche	46
Le déroulement de la collecte de données	49

La construction de l'échantillon	49
Le recrutement des participants	53
La tenue des entretiens et le matériel utilisé	53
La taille de l'échantillon	54
Le portrait des participants	56
La description des centres de traitement	61
Le Centre de traitement des dépendances le Rucher	62
La Maison Carignan	62
La Maison Jean-Lepage	63
Le Pavillon de l'Assuétude	63
L'analyse des données	64
Résultats	67
Section 1 : Motivations des participants	68
La motivation au traitement : pourquoi suivre un traitement?	68
La motivation au changement : pourquoi changer ses habitudes de consommation?	74
Section 2 : L'alliance thérapeutique en trois dimensions	79
La première dimension : accord sur les objectifs	80
La deuxième dimension : les tâches	87
La troisième dimension : le lien affectif	92
Section 3 : L'alliance thérapeutique et le cheminement thérapeutique	109
Les facteurs favorables et nuisibles à l'alliance thérapeutique	109
Ce qui est essentiel au cheminement thérapeutique	115

Discussion	120
La motivation des personnes dépendantes en traitement sous mesures judiciaires .	122
La motivation au traitement	122
La motivation au changement	126
En résumé : la motivation et ses différents types	128
L’alliance thérapeutique dans le traitement des personnes dépendantes sous mesures judiciaires	130
Les trois dimensions du modèle de l’AT	130
L’interdépendance des dimensions	132
La collaboration et l’accord sur les objectifs de traitement	134
La forme du suivi individuel et ses influences sur le modèle de l’AT	136
Variables ayant un impact sur la dimension du lien affectif	137
Alliance thérapeutique et cheminement thérapeutique	140
Les comportements et les attitudes des intervenants	140
L’importance de l’alliance thérapeutique dans le cheminement des participants	142
Un cas divergent	144
Implications pour la pratique psychoéducative	145
Limites de l’étude	150
Conclusion	153
Références	159
Appendice A. Formulaire d’information et de consentement	171
Appendice B. Approbation éthique	177

Appendice C. Guide d'entrevue	180
Appendice D. Fiche signalétique	186

Liste des tableaux

Tableau

1 Critères de sélection pour la construction de l'échantillon	50
2 Répartition des participants selon la RHTJP et le statut judiciaire	57
3 Portait des substances psychoactives consommées et causant un problème majeur	58
4 Informations supplémentaires sur chacun des participants	59
5 Attitudes et comportements des intervenants qui favorisent la création et le maintien de l'alliance thérapeutique	110
6 Attitudes et comportements des intervenants qui nuisent à la création et au maintien de l'alliance thérapeutique	112
7 L'importance perçue de l'alliance thérapeutique dans le cheminement	116

Liste des figures

Figure

1	Modèle de l'alliance thérapeutique de Bordin (1969)	12
2	Perception des participants de la collaboration avec l'intervenant dans le choix des objectifs de traitement	83
3	Comparaison entre le modèle initial de l'AT de Bordin (1979) et le modèle issu des résultats	133

Liste des abréviations et des sigles

ACRDQ	Association des centres de réadaptation du Québec
APA	American Psychiatric Association
ARM	Agnew Relationship Measure
AT	Alliance thérapeutique
CALPAS-P	California Psychotherapeutic Alliance Scale – Patient version
CISSS	Centres intégrés de santé et de services sociaux
CIUSS	Centres intégrés universitaires de santé et de services sociaux
DSM	Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux
EM	Entretien motivationnel
IAS	Intervenant(s) attitré(s) au suivi
IAT	Inventaire de l’alliance thérapeutique
MSP	Ministère de la Sécurité publique
OPPQ	Ordre des psychoéducateurs et psychoéducatrices du Québec
PCQ	Patient Commitment Questionnaire
RHTJP	Ressource(s) d’hébergement en toxicomanie ou en jeux pathologiques
SCC	Service correctionnel du Canada
SCQ	Services correctionnels du Québec
SPA	Substance(s) psychoactive(s)
TUS	Trouble(s) lié(s) à l’usage de substances psychoactives
WAI	Working Alliance Inventory

« Au lieu d'avoir trois mois de sentence en détention, j'ai choisi de faire cinq mois ici en thérapie. Ce n'est pas pour sauver du temps, c'est pour sauver ma vie. »

- Léo, 46 ans, participant à la recherche

Remerciements

Ce mémoire a pu être réalisé grâce à la contribution de plusieurs acteurs. Tout d'abord, je tiens à exprimer ma reconnaissance envers ma directrice, Chantal Plourde et ma co-directrice, Catherine Arseneault, pour leur accompagnement et la qualité de leur encadrement. Chantal, Catherine, merci pour votre disponibilité, votre intérêt envers ce projet, vos encouragements et vos précieux conseils. C'est grâce à vous si aujourd'hui j'ai un si grand intérêt pour la recherche. Un merci spécial à Chantal pour toutes les portes que tu m'as ouvertes dans mon parcours à la maîtrise.

J'aimerais également remercier chaleureusement tous les participants qui ont accepté de contribuer à cette recherche. Vous avez partagé une partie de votre vécu avec une grande ouverture et je vous remercie pour cette générosité.

Je remercie les ressources d'hébergement en dépendance le Rucher, la Maison Carignan, la Maison Jean-Lepage et le Pavillon de l'Assuétude pour leur précieuse contribution. Le déroulement de l'étude a été grandement facilité par l'agréable collaboration de la direction et du personnel de ces ressources.

Je tiens à remercier Élisabeth Hivert pour son travail à la transcription des verbatim d'entretien.

Je désire remercier les Fonds de recherche québécois sur la société et la culture (FRQSC) pour m'avoir octroyé une bourse de recherche. Je remercie également le groupe de Recherche et intervention sur les substances psychoactives-Québec (RISQ) et le Centre international de criminologie comparée-centre interuniversitaire (CICC) pour leur appui financier à travers l'octroi de bourses ayant permis l'élargissement de la collecte de données et la participation à des congrès.

Finalement, je tiens à souligner le soutien et les nombreux encouragements de mes proches. Tous, à votre manière, avez contribué à mon cheminement, ma motivation et ma réussite. Merci à mes parents pour l'intérêt porté à mon parcours académique et à mes réalisations. Un merci spécial à ma mère pour les nombreuses heures passées à m'accompagner dans la révision de chacune des sections de ce mémoire. Et merci à toi, Francis, pour tes conseils, ton expérience et ta compréhension.

Introduction

Le psychoéducateur est un professionnel de la relation d'aide qui intervient auprès de personnes aux prises avec des difficultés d'adaptation (Ordre des psychoéducateurs et psychoéducatrices du Québec [OPPQ], 2016). Bien que l'exercice de la psychoéducation varie grandement en fonction des secteurs de pratique (Renou, 2014), le psychoéducateur favorise l'action sur le terrain et est présent dans le quotidien des personnes qu'il accompagne (OPPQ, 2016). Or, depuis quelques années, notamment depuis l'avènement de la loi 21 (Assemblée Nationale, 2009), cette définition de la pratique tend à s'élargir puisqu'en plus d'aider les personnes en difficulté, le psychoéducateur est de plus en plus amené à exercer un rôle-conseil auprès des professionnels qui interviennent auprès de ces personnes (Renou, 2014).

L'évolution de l'identité professionnelle du psychoéducateur exige de ce dernier qu'il possède un important savoir, du savoir-être et du savoir-faire (Gendreau, 2001) quant aux problématiques vécues par la personne en difficulté que ce soit pour lui venir en aide directement ou pour conseiller les intervenants qui le feront. Ainsi, l'objet premier de ce mémoire est le développement du savoir concernant une clientèle précise : les personnes ayant un TUS en traitement sous contraintes judiciaires. L'intervention psychoéducative est encore peu promue auprès des adultes criminalisés pris en charge par les services correctionnels (Arseneault, 2014). Pour cette raison, il est pertinent de s'attarder à cette clientèle. Qui plus est, la majorité des psychoéducateurs feront face, un

jour ou l'autre, à des clientèles non volontaires. Par conséquent, il est particulièrement intéressant au plan du développement du savoir de s'attarder à l'intervention en contexte de contraintes.

La dépendance aux SPA et la criminalité sont des problématiques fréquemment associées (Brochu, Brunelle et Plourde, 2016). Ainsi, dans l'objectif de diminuer la récidive, le traitement des contrevenants ayant un TUS ou qui sont dépendants aux SPA est vu comme une solution efficace et économique (Brochu *et al.*, 2016; Schneeberger et Brochu, 2000). Or, l'intervention dans ce contexte comporte son lot d'enjeux, notamment sur le plan de la motivation et de la création d'une AT. D'une part, les personnes qui intègrent un traitement sous mesures judiciaires sont souvent extrinsèquement motivées (Brocato et Wagner, 2008; Cournoyer *et al.*, 2007; Magrinelli Orsi et Brochu, 2009; Schneeberger et Brochu, 2000; Stevens *et al.*, 2006; Wolfe *et al.*, 2013) et ont ainsi mauvaise réputation dans les centres de traitement (Brochu *et al.*, 2016). On croit qu'elles y sont pour éviter la détention sans avoir le réel désir de changer. Or, les intervenants doivent tout de même intervenir avec ces individus et développer avec eux une AT parce qu'elle est, non seulement à la base du traitement, mais de tout processus de changement et qu'elle est l'une des plus importantes variables prédictives des résultats d'un traitement pour le TUS (Meier, Barrowclough *et al.*, 2005). Toutefois, est-ce possible dans ce contexte de traitement? Comment est perçu l'intervenant? Comme un aidant ou comme une autorité judiciaire? Considérant que les clients purgent une peine tout en étant en traitement, il y a un important contexte pénal

qui encadre le processus de réadaptation et qui risque d'affecter l'espace thérapeutique (Schneeberger et Brochu, 2000). Malgré tout, peu d'études sur l'alliance ont été menées chez les personnes dépendantes et judiciairisées (Brochu et Plourde, 2012).

Ainsi, c'est à cette problématique que le mémoire s'attarde. À l'aide d'un devis qualitatif, inspiré d'une approche phénoménologique (Creswell, 2013; Fortin et Gagnon, 2010; Giorgi, 1997), cette recherche vise la compréhension et la description du phénomène complexe qu'est l'AT, tel que vécu par les individus dans un contexte de traitement sous contraintes.

Cet ouvrage se divise en quatre principales parties. D'abord, la première se concentre à décrire le contexte théorique de la recherche et la problématique traitée. Pour ce faire, différents concepts sont détaillés dont l'AT, la motivation et le TUS. De plus, les connaissances actuelles sur différents phénomènes associés à la problématique issues de la recension de littérature effectuée sont présentées. Finalement, l'objectif général de ce mémoire est présenté ainsi que les trois questions de recherche.

La deuxième partie porte sur la méthode utilisée pour atteindre l'objectif du mémoire et ainsi répondre aux questions de recherche. Le cadre méthodologique qualitatif est détaillé ainsi que le déroulement de la collecte de données, notamment la méthode utilisée pour construire l'échantillon, pour recruter les participants et pour mener les entretiens. De plus, le portrait des participants à l'étude ainsi que celui des

sites de recrutement est présenté. Pour terminer, les stratégies et procédures utilisées pour analyser les données obtenues, notamment celles proposées par Thomas (2006), sont exposées.

La troisième partie de l'ouvrage présente les résultats obtenus selon chacune des questions de recherche. Elle est donc divisée en trois sections. La première porte sur les motivations des participants alors que les deux autres portent sur l'AT.

Finalement, la quatrième partie est celle de la discussion. Les principaux constats qui émanent des résultats sont présentés et mis en lien avec la littérature. Un retour est fait sur chacune des questions de recherche et les implications de ces résultats sur le plan de la pratique sont présentées. Finalement, il est question des limites de cette étude.

Problématique et contexte théorique

Cette première partie présente le contexte théorique dans lequel s'inscrit le mémoire ainsi que la problématique traitée. Les différents concepts sont détaillés ainsi que l'état des connaissances actuelles issues de la recension de littérature effectuée. Comme il s'agit du principal concept à l'étude, il est d'abord question d'AT notamment de ses origines et du modèle retenu pour la présente étude. Ensuite, la dépendance et le TUS sont définis. Suivront, les différentes études portant sur l'AT dans le traitement de ce trouble, les liens unissant la dépendance et le TUS à la criminalité et l'état du savoir actuel sur l'AT dans le traitement des personnes sous contraintes judiciaires, dont différents concepts centraux, notamment celui de la motivation. Finalement, en fonction des limites de ces connaissances scientifiques actuelles, les objectifs poursuivis dans cette recherche sont présentés.

L'alliance thérapeutique

Les recherches démontrent que la relation entre le client et l'intervenant contribue davantage au progrès thérapeutique¹ que ne le font les techniques d'intervention, les caractéristiques du client ou celles de l'intervenant (Lecomte, Savard,

¹ Dans cet ouvrage, l'adjectif « thérapeutique » est utilisé dans son sens large pour faire référence au traitement ou à une intervention dans le cadre d'une relation d'aide. L'usage de ce terme n'est donc pas spécifique à la « psychothérapie » dont l'exercice est réservé aux professionnels autorisés détenteurs d'un permis de psychothérapeute.

Drouin et Guillon, 2004). Plusieurs auteurs soulignent le rôle crucial de l'AT dans l'accomplissement des buts d'un traitement (Bordin, 1979; Horvath et Luborsky, 1993; Lecomte *et al.*, 2004; Puskas, 2009). Un nombre important de recherches ont été effectuées et démontrent la capacité de l'AT à prédire le succès d'un traitement comme en témoignent les méta-analyses de Horvath et Symonds (1991) et de Martin, Garske et Davis (2000) couramment citées dans les écrits scientifiques.

Les origines du concept

L'AT tire ses origines de l'approche psychodynamique. D'après Horvath et Luborsky (1993), le concept d'AT émerge initialement des écrits de Freud (1913) sur le transfert. Freud décrit le transfert comme une distorsion du client quant à la relation établie avec son intervenant (Horvath et Luborsky, 1993). Le client projette ses représentations, ses sentiments inconscients (issus d'expériences antérieures non résolues) sur l'intervenant. Le transfert est donc une distorsion de la relation réelle entre le client et l'intervenant, et la « guérison » du client passe par l'identification et l'interprétation de ces transferts (ramener ces processus inconscients à la conscience du client). Or, dans ses écrits subséquents, Freud émet l'hypothèse que le client peut aussi établir une relation basée sur la réalité (sans distorsion) avec son intervenant. Ainsi, il n'y a pas que l'interprétation des transferts qui est impliquée dans la « guérison » du client, mais aussi la relation réelle entre le client et l'intervenant (Horvath et Luborsky, 1993).

À partir des écrits de Freud, Greenson (1965) a introduit le terme « alliance de travail » (qu'il utilise comme synonyme à l'AT) pour nommer cette seconde dimension de la relation basée sur la réalité entre l'intervenant et le client. Zetzel (1956) a ensuite introduit le terme « alliance thérapeutique » (Baillargeon, Pinsof et Leduc, 2005) et a clarifié certaines distinctions entre ce concept et celui du transfert (Horvath et Luborsky, 1993). Selon elle, l'AT est la partie réelle de la relation entre le client et l'intervenant, et elle permet au client de distinguer ce qui, dans sa relation actuelle avec son intervenant, est issu de ses expériences relationnelles passées et ce qui est issu de la relation réelle (Zetzel, 1956). Bibring (1937) a aussi offert une conceptualisation semblable qui a été reprise par plusieurs auteurs, dont Bowlby (1988), qui soutient pour sa part que le client possède la capacité de développer un attachement positif envers l'intervenant et que cet attachement peut s'avérer différent de celui développé durant l'enfance (Horvath et Luborsky, 1993). Comme plusieurs autres (Bibring, 1937; Greenson, 1965; Zetzel, 1956), Bowlby (1988) distingue complètement le concept de transfert de celui de l'alliance. Pour sa part, Brenner (1979) adopte une position différente et considère que l'AT est uniquement un phénomène transférentiel et va même jusqu'à dire qu'elle n'existe pas.

En dehors de la psychodynamique, il existe d'autres conceptions de l'AT issues de l'approche humaniste, notamment l'approche centrée sur le client de Rogers (1951). Rogers considère que l'établissement d'une relation thérapeutique entre le client et l'intervenant n'est pas une condition nécessaire, mais une condition *suffisante* pour aider

le client à atteindre ses objectifs. L'empathie, la congruence et le regard positif inconditionnel sont les trois attitudes qui permettraient d'établir cette relation. Pour lui, ce sont uniquement les attitudes de l'intervenant qui comptent, les variations possibles dans la réponse du client à ces attitudes n'étant pas prises en compte (Horvath et Luborsky, 1993). C'est donc, en partie, en réaction à cette emphase exclusive sur l'intervenant que d'autres auteurs, dont LaCrosse (1980) et Strong (1968) se sont intéressés à la perception des clients face à l'attitude des intervenants. Selon leur hypothèse, basée sur le concept d'influence sociale, trois dimensions agiraient comme levier de changement : le fait de percevoir son intervenant 1) comme un expert; 2) comme étant digne de confiance et 3) comme étant intéressant. Finalement, selon Baillargeon *et al.* (2005), les travaux les plus récents proviendraient d'approches cognitives et systémiques. Par exemple, Safran et Muran (2000) ont développé une approche cognitive de l'alliance. Brièvement, leurs travaux se centrent sur les schémas cognitifs interpersonnels (relationnels) des clients et la façon dont les intervenants devraient répondre à ces schémas qui sont souvent dysfonctionnels.

Toutes ces recherches (à l'exception de Brenner, 1979), bien qu'elles puissent sembler hétérogènes par rapport aux mécanismes impliqués dans l'AT, contribuent à concevoir l'alliance comme une variable d'importance dans le processus de changement (Puskas, 2014).

Le modèle de Bordin

Au cours des dernières décennies, bon nombre d'études ont tenté de déterminer les approches d'intervention, traitements ou techniques les plus efficaces, mais les similarités en regard des résultats obtenus ont incité les chercheurs à s'attarder aux facteurs communs à toute forme d'approche, ce qui a ravivé l'intérêt pour l'AT, variable non spécifique à une approche (Ardito et Rabellino, 2011; Horvath et Luborsky, 1993; Lecompte et Guillon, 1999). L'un des premiers à avoir tenté de rendre explicite le concept d'AT est Luborsky (1976). Ses écrits suggèrent que l'alliance est dynamique et en décrit deux types. La première apparaîtrait dans les premières phases de traitement et elle reposerait sur la perception qu'a le client de l'intervenant. La seconde apparaîtrait plus tard et reposerait sur la collaboration entre le client et l'intervenant. Selon cet auteur, un partage de la responsabilité dans le travail thérapeutique est nécessaire pour atteindre les objectifs du traitement. Dans la même lignée, Bordin (1979) conceptualise à son tour l'AT et propose un modèle applicable à toute approche d'intervention et, pour cette raison, Horvath et Luborsky (1993) le définissent comme un modèle « panthéorique ». Selon Bordin (1979), l'AT est un concept qui s'étend bien au-delà de la psychothérapie et elle serait l'une des clés, pour ne pas dire l'*unique*, de la réussite de tout processus de changement. Selon lui, une AT serait susceptible de se développer dans toutes relations professionnelles entre une personne qui désire un changement et un agent de changement. C'est donc pour cette ouverture au champ d'application de ce concept que le modèle de l'alliance qu'il propose est retenu dans cet ouvrage.

D'abord, Bordin (1979) définit l'AT comme un lien affectif qui naît d'une collaboration active entre le client et l'intervenant afin de s'entendre sur l'objectif de changement et de définir les tâches liées à la réalisation de cet objectif. La Figure 1 présente le modèle, et les paragraphes qui suivent décrivent chacune des dimensions.

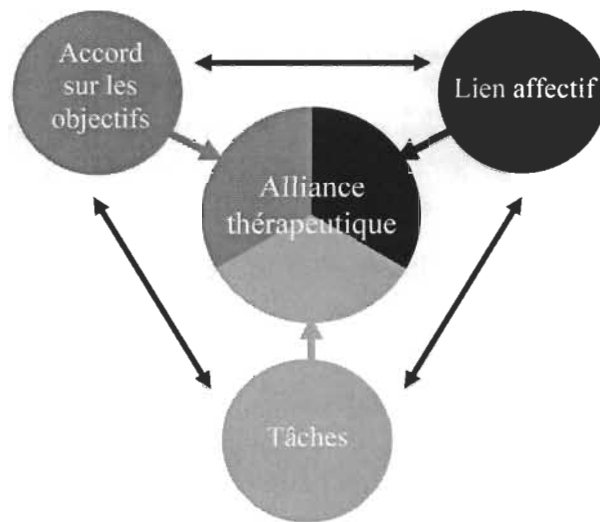


Figure 1. Modèle de l'alliance thérapeutique de Bordin (1969)

La première dimension, « l'accord sur les objectifs », repose sur l'accord mutuel, lequel implique une collaboration entre l'intervenant et le client autour du choix des objectifs de traitement. Cette dimension réfère donc aux objectifs du plan d'intervention et, comme le décrivent Baillargeon et Puskas (2013), « à l'extension selon laquelle le système client fait l'expérience d'un système intervenant qui travaille avec lui sur les problèmes pour lesquels il demande de l'aide ou pour lesquels le système intervenant est mandaté par un tiers pour intervenir » (p.4). Il importe ici que l'intervenant et le client

soient à l'aise avec la cible de l'intervention (les résultats visés). Les deux parties doivent approuver et être en accord avec les objectifs établis.

La seconde dimension de l'AT proposée par Bordin (1979) est celle des « tâches ». Les tâches sont des actions concrètes que le client et l'intervenant accomplissent pour atteindre les objectifs. Cette dimension renvoie donc aux moyens d'intervention, à l'engagement entre le client et l'intervenant en regard des activités à réaliser dans le cadre du suivi. Ainsi, comme la dimension précédente, celle-ci implique la collaboration entre l'intervenant et le client autour du choix des tâches. Plus spécifiquement, les tâches doivent correspondre aux attentes du client et être reliées aux objectifs. De plus, le degré de bien-être et d'anxiété que vit le client en lien avec l'accomplissement des tâches doit être bien équilibré. Le client doit être stimulé par les tâches (mis au défi), mais elles ne doivent pas le rendre inconfortable (Baillargeon et Puskas, 2013; Puskas, 2014). Les deux parties doivent percevoir les tâches comme pertinentes et efficaces pour atteindre les objectifs (Bordin, 1979). En outre, chacun doit accepter la responsabilité d'exécuter ces actes.

La dernière dimension proposée par Bordin (1979) est celle du « lien affectif ». C'est la dimension affective de l'AT qui se rapporte à la relation entre le client et l'intervenant. La confiance, la sollicitude et l'engagement seraient au cœur du système « client-intervenant » (Baillargeon et Puskas, 2013; Puskas, 2014). Cette relation de confiance profonde et d'attachement serait nécessaire pour que l'intervenant ait accès à

l'expérience intérieure du client. Il existerait différents types de liens influencés par certains facteurs dont le premier est la durée. En effet, deux personnes seront plus préoccupées par « aimer ou ne pas aimer l'autre » si elles s'engagent dans une relation thérapeutique de longue durée par rapport à une relation de courte durée (quelques rencontres). Également, bien qu'un niveau de confiance de base marque la plupart des relations thérapeutiques, lorsque l'attention est dirigée vers l'expérience intérieure du client, des liens plus profonds, de la confiance et de l'attachement sont nécessaires. Finalement, la nature du lien pourrait aussi être influencée par le niveau de dévoilement (de l'intervenant et du client) exigé par le type de traitement. Par exemple, le lien établi avec un client à qui l'intervenant partage ses sentiments (pour lui servir de modèle ou lui faire voir l'impact de ses comportements) est différent de celui établi avec un client avec qui ce type de partage n'est pas possible.

Les trois dimensions décrites précédemment sont interdépendantes. En effet, la qualité du lien affectif a un impact sur la capacité du client et de l'intervenant à négocier un accord sur les objectifs et les tâches. Inversement, l'habileté du client et de l'intervenant à négocier un tel accord a une influence sur la qualité du lien (Baillargeon et Puskas, 2013; Puskas, 2014). La qualité et l'intensité de l'AT sont alors susceptibles de varier en cours de traitement.

Quelques parallèles avec la psychoéducation

Les origines de l'AT présentées précédemment ont permis de définir ce concept et de le rendre plus explicite. Bien que cette notion ait pris naissance dans le champ de la psychothérapie, il est maintenant reconnu que l'AT peut se développer dans tous les types de relation d'aide. Or, dans les différents écrits portant sur la psychoéducation, il est rarement question de l'AT. La « relation » ou la « relation psychoéducative » sont les termes les plus utilisés pour y faire référence. D'abord, tel que stipulé dans le profil de leurs compétences générales :

Les psychoéducateurs devraient tendre, autant que faire se peut, à établir avec les personnes auxquelles ils offrent des services, une relation de coopération. Ce type de relation suppose un partage du savoir et du pouvoir entre le professionnel et le client, notamment en portant attention au projet de changement voulu par ce dernier. (OPPQ, 2003, p. 6)

Donc, bien que l'AT ne soit pas le terme utilisé, des parallèles peuvent être faits entre cet extrait et la définition de l'AT présentée précédemment. Il est question de coopération, du partage du savoir et du pouvoir ce qui est directement en lien avec la « collaborative active » de la définition de l'AT de Bordin (1979). De plus, la dimension de l'accord sur les objectifs est bien représentée puisque les psychoéducateurs sont tenus de travailler sur les objectifs voulus par le client.

D'autre part, l'importance de la « relation psychoéducative » est notamment soulignée par Gendreau (2001) qui croit qu'un psychoéducateur peut aider une personne à atteindre ses objectifs seulement s'il établit avec lui une relation privilégiée. La

définition de la relation psychoéducative qu'il offre se rapproche énormément de celle de l'AT offerte par Bordin (1979) :

La relation psychoéducative est le résultat d'un ensemble d'interactions vécues dans l'effort d'appropriation mutuelle des objectifs visés et des moyens pour les atteindre. Un résultat devient alors un point de départ sur lequel s'appuient les interactions éducatives subséquentes (Gendreau, 2001, p. 81).

Dans cette définition, il est question d'appropriation mutuelle des objectifs et des moyens alors que dans la définition de Bordin (1979), il est question d'accord sur les objectifs et les tâches. Par conséquent, bien que formulés différemment, ces deux auteurs renvoient à une idée semblable et soulignent son importance cruciale. Alors que Bordin (1979) considère l'AT comme l'unique clé du succès thérapeutique, Gendreau (2001) considère la relation psychoéducative comme le moyen privilégié pour atteindre les objectifs de traitement. De même, ce dernier discute des schèmes relationnels qui se rapprochent en quelque sorte de la dimension du lien affectif puisqu'il décrit ces schèmes comme des outils du savoir-être (des attitudes) que le psychoéducateur et le client utilisent pour entrer et approfondir leur relation. Dans son ouvrage, en s'inspirant de Rogers (1951), Gendreau (2001) en détaille six : la considération, la sécurité, la confiance, la disponibilité, la congruence et l'empathie. Selon lui, la qualité de la relation entre le psychoéducateur et le client dépend de la présence et de la souplesse de ces schèmes relationnels.

Bien que l'AT ne soit pas le terme couramment utilisé, elle fait partie intégrante des compétences des psychoéducateurs. Or, le développement et le maintien de l'AT

peuvent représenter un enjeu plus important avec certaines clientèles, notamment auprès de celles qui consultent sous contraintes. En effet, nombreuses sont les situations où des personnes sont contraintes bien malgré elles à consulter un psychoéducateur. Pensons notamment aux parents d'enfants qui, malgré leur volonté, reçoivent des services des centres jeunesse (Loi de la protection de la jeunesse et Loi sur le système de justice pénale pour les adolescents), aux adolescents qui consultent sous menaces d'expulsion de l'école, ou aux personnes contrevenantes ou aux prises avec une dépendance aux drogues ou à l'alcool. Ces dernières sont régulièrement amenées à consulter en raison de pressions externes. On leur demande de cesser leur consommation de SPA sous des menaces de perte d'emploi, de divorce ou de perte de la garde des enfants. Le contexte de contraintes, de pressions ou de menaces légales poussant ces individus à consulter affecte nécessairement le travail du psychoéducateur, particulièrement en ce qui a trait à l'AT. C'est donc pour cette raison que ce mémoire se concentre à étudier l'AT auprès de cette clientèle, c'est-à-dire auprès des personnes ayant un TUS ou dépendantes aux SPA en traitement sous contraintes judiciaires. Mais, avant tout, il importe de définir ce que sont la dépendance aux SPA et le TUS et de dresser un aperçu des études portant sur l'AT dans le traitement de ce trouble.

Le trouble lié à l'usage de SPA ou la dépendance au SPA?

L'objectif de cette section est de bien comprendre à quoi réfèrent le TUS et la dépendance aux SPA, puisque ce mémoire s'intéresse aux personnes qui éprouvent des difficultés à cet égard. D'abord, le « trouble lié à l'usage d'une substance » est une

expression directement issue de la dernière version du Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM) élaboré par l'*American Psychiatric Association* (APA), le DSM-5 (APA, 2003/2015). Quant au terme « dépendance » aux SPA, il est issu de l'édition précédente du DSM, le DSM-IV-TR (APA, 1994/2003), bien qu'il soit encore largement utilisé. Dans cette version antérieure, une distinction était faite entre « l'abus » de SPA et la « dépendance » aux SPA alors que dans le DSM-5, ces deux diagnostics sont regroupés sous un seul terme, le « trouble lié à l'usage d'une substance ». Malgré ce regroupement, ce nouveau diagnostic s'établit selon les mêmes critères, à quelques exceptions près. En effet, le TUS s'établit en fonction de la présence au cours d'une période d'un an, d'au moins deux des onze critères suivants : 1) incapacité à remplir des obligations importantes; 2) usage de la SPA, même lorsque physiquement dangereux; 3) problèmes interpersonnels ou sociaux; 4) tolérance; 5) sevrage; 6) perte de contrôle sur les quantités et le temps consacré à rechercher et à consommer la SPA; 7) désir ou efforts persistants pour diminuer; 8) beaucoup de temps y est consacré; 9) activités réduites au profit de la consommation; 10) persistance de l'usage de SPA malgré un problème physique ou psychique et 11) désir impérieux de consommer (communément appelé « craving »). Désormais, le diagnostic s'établit selon un continuum de sévérité allant de léger (présence de deux à trois critères) à sévère (présence de cinq critères ou plus).

Ces critères servant à établir la présence et la sévérité d'un TUS, bien qu'ils soient utiles à l'opérationnalisation de ce trouble ainsi qu'à la compréhension de ses

composantes, sont présentés uniquement à titre indicatif puisque dans le traitement des personnes éprouvant des difficultés en lien avec la consommation de SPA, le diagnostic n'est pas essentiel. En effet, celles-ci peuvent être admises dans un centre de traitement sans nécessairement avoir reçu de diagnostic d'un médecin. Le « trouble lié à l'usage d'une substance » et la « dépendance » sont les termes les plus utilisés dans la littérature et dans les milieux d'intervention pour désigner une personne éprouvant des problèmes avec sa consommation de SPA bien qu'on ignore souvent si elle a officiellement ce diagnostic. Par conséquent, ces deux termes sont utilisés dans cet ouvrage et doivent être compris comme des synonymes.

Pour terminer cette section, et avant de se concentrer sur l'AT dans le traitement des personnes dépendantes, quelques statistiques sont présentées afin de témoigner du pourcentage de la population faisant usage de SPA. D'abord, les résultats de 2013 de l'Enquête canadienne sur le tabac, l'alcool et les drogues indiquent que 76 % des Canadiens âgés de 15 ans et plus ont consommé de l'alcool et que 11 % ont consommé au moins une drogue au cours de la dernière année (Gouvernement du Canada, 2015). Également, il semble que le taux de consommation d'alcool au Québec soit plus élevé que la moyenne des autres provinces canadiennes (Gouvernement du Canada, 2015). En ce qui concerne la dépendance, selon un document produit par la défunte Association des centres de réadaptation du Québec (ACRDQ, 2014), à partir de données de 2012 de Statistiques Canada, 3,9 % des Québécois de 15 ans et plus auraient une dépendance aux drogues ou à l'alcool.

L'alliance thérapeutique dans le traitement des personnes dépendantes

Les deux premières sections de cet ouvrage se sont concentrées à la description du principal concept à l'étude, l'AT et à la définition du TUS. Il sera maintenant question de l'AT dans le traitement de ce trouble.

D'abord, les études portant sur le traitement des dépendances indiquent généralement un lien positif entre l'AT et les résultats du traitement. Plus précisément, les recherches concluent que l'AT a un effet positif sur la rétention en traitement (Meier, Barrowclough *et al.*, 2005), sur la consommation de SPA (Hser, Grella, Hsieh, Anglin et Brown, 1999; Ilgen, McKellar, Moos et Finney, 2006), sur la détresse psychologique (Urbanoski, Kelly, Hoepfner et Slaymaker, 2012), sur la motivation (Ilgen *et al.*, 2006) et l'engagement dans le traitement (Meier, Barrowclough *et al.*, 2005).

Dans leur revue de littérature reposant sur 18 études (révisées par les pairs), Meier, Barrowclough *et al.* (2005) soulignent que le lien positif entre l'AT et la rétention en traitement est le résultat le plus cohérent et le plus souvent obtenu dans les différentes études qu'ils ont recensées. Plus exactement, l'AT en début de traitement (les deux ou trois premières rencontres) serait le meilleur facteur prédictif de la rétention des clients. C'est donc dire que plus l'intervenant arrive à développer rapidement une AT de qualité, moins le client risque d'abandonner prématurément le traitement. Toutefois, les autres résultats obtenus dans les différentes études recensées ne seraient pas toujours cohérents notamment pour ce qui est du lien entre la qualité de l'AT et la consommation de SPA.

Leurs conclusions indiquent que l'alliance mesurée dès le début du traitement (deux ou trois rencontres) ne serait pas liée à la diminution ou l'arrêt de la consommation de SPA après le traitement (à plus long terme). Toutefois, elle serait liée à la progression des clients en début de traitement (Meier, Barrowclough *et al.*, 2005).

En contraste avec ces résultats, Ilgen *et al.* (2006), concluent à un lien positif à plus long terme (jusqu'à un an après traitement) entre le niveau d'AT et la diminution de la consommation d'alcool. Ils estiment également que la qualité de l'AT est fortement associée à la réduction de la consommation chez les clients ayant une faible motivation au traitement comparativement à ceux ayant une motivation élevée. Ces résultats suggèrent donc qu'une alliance de qualité peut aider les clients peu motivés à diminuer leur consommation et à maintenir leurs acquis. Également, Hser *et al.* (1999), dans leur recherche longitudinale basée sur un important échantillon de 789 participants, concluent à un lien positif entre une relation thérapeutique positive et l'abstinence de consommation pour les clients en traitement résidentiel long-terme.

Selon, Meier, Barrowclough *et al.*, 2005, la méthodologie utilisée dans les différentes études serait la principale cause des incohérences dans les résultats. L'AT est généralement mesurée à partir de questionnaires complétés par les clients, les intervenants ou un observateur externe et c'est ce qui semble être une des causes des problèmes d'interprétation puisque les résultats varient selon la source des données. Certains chercheurs ont d'ailleurs mesuré la relation entre l'AT mesurée selon la

perception des clients et l'AT mesurée selon la perception des intervenants et les résultats qu'ils obtiennent montrent que les scores sont peu reliés entre eux avec des corrélations relativement faibles (Meier, Donmall, Barrowclough, McElduff et Heller, 2005; Meier, Donmall, McElduff, Barrowclough et Heller, 2006).

D'autres chercheurs ont exploré la question sous un autre angle et ont cherché à comprendre les facteurs prédictifs du niveau d'AT. Principalement, leurs objectifs étaient de découvrir si certaines caractéristiques des clients ou des intervenants avant le début du traitement (donc leurs caractéristiques prétraitements) pouvaient prédire le niveau d'AT. Pour ce qui est des caractéristiques des clients, il semble que la motivation à recevoir de l'aide (avoir peu de pression externe à consulter), un sentiment d'auto-efficacité élevé et un plus grand éventail de stratégies d'adaptation s'avèrent des caractéristiques qui pourraient prédire une meilleure AT (Meier, Donmall *et al.*, 2005; Urbanoski *et al.*, 2012). Également, l'engagement dans les groupes d'entraide de type narcotique ou alcoolique anonyme (Urbanoski *et al.*, 2012), le support social et le style d'attachement sécure (Meier, Donmall *et al.*, 2005) seraient des caractéristiques prédictives fiables d'une alliance de qualité. Quant à la sévérité du TUS et aux antécédents de traitements (Meier, Donmall *et al.*, 2005; Urbanoski *et al.*, 2012), ils ne représenteraient pas des caractéristiques prédictives de l'AT. Également, la plupart des variables démographiques telles l'ethnicité, l'âge et le sexe du client seraient peu reliés à l'AT (Meier, Donmall *et al.*, 2005; Urbanoski *et al.*, 2012).

Quant aux caractéristiques des intervenants, beaucoup moins d'études portent sur le sujet. Selon l'étude de Meier, Donmall *et al.* (2005), deux facteurs pourraient prédire une meilleure AT : le niveau d'expérience des intervenants et le fait qu'ils soient « ex-dépendants ». Mais, ce résultat est observé uniquement lorsque l'AT est mesurée selon la perception des clients (lorsque ce sont les clients qui remplissent les questionnaires). En effet, étonnamment, lorsque l'AT est mesurée selon la perception des intervenants (lorsque ce sont les intervenants qui remplissent les questionnaires), le fait qu'ils soient « ex-dépendants » n'est pas un facteur prédictif d'une meilleure AT, alors que le fait qu'ils aient plus d'expérience est, au contraire, un facteur prédictif d'une faible alliance.²

La revue de littérature de Meier, Barrowclough *et al.* (2005) confirme que les caractéristiques démographiques ne semblent pas jouer un rôle important dans la prédiction de la qualité de l'alliance, tout comme l'âge et le sexe de l'intervenant, mais les auteurs invitent à la prudence étant donné le nombre limité d'études disponibles. Bien que modestes, ils signalent aussi des relations entre la qualité de l'AT et certaines variables, telles que la motivation et la préparation au traitement. Cela est encourageant puisqu'à la différence des variables démographiques, il s'agit là de variables dynamiques qui peuvent être influencées par les interventions.

² À titre indicatif, les auteurs émettent deux hypothèses pour expliquer ces résultats. Premièrement, les intervenants ayant plus d'expérience sont peut-être plus critiques ou plus réalistes lorsqu'ils évaluent leur alliance avec leur client comparativement aux intervenants ayant moins d'expérience qui pourraient surévaluer la qualité de l'alliance. Deuxièmement, les intervenants ayant le plus d'expérience, étant plus susceptibles à l'épuisement professionnel, pourraient avoir plus de difficulté à établir une alliance avec leur client. (Meier, Donmall *et al.*, 2005).

En résumé, malgré leurs limites, les études montrent généralement les effets positifs que peut entraîner une AT de qualité dans le traitement du TUS (augmentation de la rétention, amélioration de la motivation, etc.), mais des études sont encore nécessaires pour mieux comprendre les facteurs influençant le développement de l'AT et ses impacts sur le traitement. De plus, dans le traitement des dépendances, certains aspects complexifient le développement de l'AT comme le fait que les personnes consultent fréquemment sous des pressions extérieures (pression du conjoint, des parents, menaces de perte d'emploi, de rupture) notamment sous des pressions judiciaires. En effet, étant donné le lien étroit unissant la consommation de SPA et la criminalité (Brochu, Cournoyer, Motiuk et Pernanen, 1999; Chauvet, Kamgang, Ngamini, Fleury et Simoneau, 2015), ces personnes sont plus enclines à se retrouver dans le système judiciaire et ainsi à consulter sous des pressions judiciaires (Kelly *et al.*, 2005). C'est à ce contexte particulier de traitement que s'attarde cette recherche. Il sera question ultérieurement du concept de motivation, principal enjeu impliqué dans ce contexte de traitement, et des connaissances actuelles quant à l'AT dans le traitement des personnes sous contraintes judiciaires. Mais avant tout, un aperçu des liens unissant la dépendance et la criminalité est présenté ainsi que l'offre actuelle de service à cette population.

La consommation de SPA, la dépendance et la criminalité

Les liens entre la dépendance aux SPA et la criminalité ne sont plus à démontrer. D'abord, les données statistiques concernant la consommation de SPA chez les

personnes judiciairisées parlent d'elles-mêmes. L'étude de Lalande (2014) indique qu'au cours de l'année précédant leur prise en charge par les Services correctionnels du Québec (SCQ)³, plus du tiers des personnes (35 %) consommaient 25 verres et plus d'alcool par semaine⁴, 54 % consommaient une drogue et près du quart consommaient de la drogue tous les jours. Également, 47 % de ces personnes déclaraient avoir déjà entrepris un traitement pour une dépendance au cours de leur vie. De même, une étude encore plus récente de Plourde *et al.* (2015), menée auprès de 292 détenus québécois indique que 78 % d'entre eux auraient besoin de services spécialisés en dépendance. L'étude montre également que 73 % des détenus ont déjà consommé du cannabis de façon régulière, 63 % de la cocaïne, 60 % des amphétamines et 15 % des opiacés. Quant aux données issues du Service correctionnel du Canada (SCC), la moitié (52 %) des détenus des pénitenciers consommaient du cannabis dans l'année précédant leur incarcération, le quart (26 %) consommait de la cocaïne et 13 % consommaient des opiacés (Kunic et Grant, 2006). De même, l'étude de Brochu *et al.* (2001) indique que près de la moitié (44,4 %) des détenus admis en pénitencier consommaient de l'alcool au moins une fois par semaine et 18,1 % en consommaient quotidiennement. De plus, la prévalence du TUS chez les délinquants sous responsabilité fédérale s'élèverait à 49,6 % (Beaudette, Power et Stewart, 2015). Ces données sont donc éloquentes si on les compare à celles de la population générale présentées précédemment. En effet, rappelons que seuls 11 % des

³ Les Services correctionnels du Québec prennent en charge les sentences de deux ans moins un jour (prisons ou centres de détention provinciaux) alors que le Service correctionnel du Canada prend en charge les sentences de deux ans et plus (pénitenciers ou centres de détention fédéraux).

⁴ Les normes actuelles de consommation d'alcool à faible risque se situent à 10 verres par semaine pour les femmes et 15 pour les hommes (Centre canadien de lutte contre les toxicomanies, 2013).

Canadiens âgés de 15 ans et plus ont consommé au moins une drogue au cours de la dernière année (Gouvernement du Canada, 2015) et que 3,9 % des Québécois de 15 ans et plus auraient une dépendance aux drogues ou à l'alcool (ACRDQ, 2014).

Toutefois, ce serait une erreur de réduire la relation entre la drogue et la criminalité à une réalité purement statistique, puisque cette relation est empreinte de complexité (Brochu *et al.*, 2016). En effet, cette relation peut être modulée selon de nombreux facteurs dont le type de substances consommées (ses effets, son coût, etc.), les caractéristiques de la personne qui en consomme (sa personnalité, ses antécédents, etc.), et le contexte dans lequel la SPA est consommée (avec qui, quand, etc.). Brochu et ses collègues (2016), mettent tout de même en lumière certaines formes de relations. D'abord, le fait d'être intoxiqué pourrait jouer un rôle important dans la commission du crime étant donné les effets de la SPA sur les fonctions cognitives (altération de la pensée, stimulation, etc.) et sur le comportement (agressivité, etc.). Qui plus est, le fait d'être dépendant pourrait mener certains individus à commettre des crimes, notamment des crimes lucratifs étant donné le prix élevé de différentes SPA. La criminalité est en quelque sorte le moyen idéal pour gérer les dettes encourues par la consommation importante de SPA et permet ainsi la poursuite de cette consommation. L'objectif de ce mémoire n'est pas de faire une revue exhaustive de cette relation complexe, mais de connaître l'existence de cette relation afin de situer l'importance du traitement des dépendances chez cette population. Certaines personnes n'auraient peut-être jamais commis d'actes criminels sans la consommation de SPA et c'est pour cette raison que le

traitement des dépendances doit être une préoccupation principale. À ce sujet, la section suivante est consacrée à la description des services offerts à cette population au Québec.

L'offre de services en dépendance aux personnes judiciairisées

La réadaptation des délinquants ainsi que la prévention de la récidive criminelle font partie des priorités des services correctionnels tant au niveau canadien que québécois (SCC, 2012; SCQ, 2014). Un des modèles d'intervention largement utilisés auprès des délinquants en vue de diminuer le risque de récidive est le modèle basé sur le risque, les besoins et la réceptivité (le modèle RBR) (Bonta et Andrews, 2007). Brièvement, selon ce modèle, le niveau de traitement offert au délinquant doit correspondre au niveau de risque qu'il commette un nouveau crime (principe du risque), doit se focaliser sur les facteurs criminogènes (principe des besoins) et doit tenir compte des caractéristiques (style d'apprentissage, motivation, etc.) du délinquant (principe de la réceptivité). Les facteurs criminogènes, quant à eux, se définissent comme « [...] des facteurs de risque dynamiques, directement liés au comportement criminel. » (Bonta et Andrews, 2007, p. 7). Il existe sept facteurs criminogènes et, en cohérence avec le contenu présenté précédemment sur la relation drogue-crime, l'un de ces facteurs est le TUS. C'est donc dire que le fait d'avoir TUS est un facteur directement lié au comportement criminel. Par conséquent, le traitement offert à ces contrevenants devrait inclure des interventions visant leur consommation de SPA.

En dépit des besoins de cette population, l'offre de services en dépendance aux personnes judiciairisées, particulièrement pour les SCQ, présente d'importantes lacunes (Brochu et Plourde, 2012). En effet, alors que pour les SCC, il existe différentes formes (en terme de contenu et d'intensité) de programmes de traitement des dépendances qui sont spécifiquement destinés aux contrevenants, notamment durant la période de détention et lors de la période de probation ou de libération conditionnelle, l'offre de services au SCQ est bien différente. Globalement, les traitements offerts aux contrevenants varient selon leur statut : 1) les prévenus, c'est-à-dire les personnes ayant été arrêtées en attente de sentence; 2) les détenus, donc les personnes condamnées à une sentence d'incarcération et 3) les personnes suivies dans la communauté par des mesures sentencielles (probation et emprisonnement avec sursis) ou des mesures correctionnelles (permission de sortir et libération conditionnelle). Pour ce qui est des prévenus, ils peuvent recevoir un traitement si le juge est d'accord au moment de l'enquête sur remise en liberté, soit avant le plaidoyer de culpabilité. À ce moment, ils doivent faire une demande de mise en liberté afin de pouvoir intégrer un traitement par le biais des tribunaux « standards » (Justice Québec, 2015). Lorsque la demande est acceptée par le juge, ces personnes sont généralement référées dans les ressources d'hébergement en toxicomanie ou en jeux pathologiques (RHTJP) partenaires au ministère de la Sécurité publique (MSP). Bien que ces ressources soient certifiées, elles ne sont pas nécessairement spécialisées dans l'intervention auprès des personnes judiciairisées, puisque les services qu'elles offrent s'adressent à la population générale. La voie du tribunal de traitement de la toxicomanie peut également être utilisée. Toutefois, pour ce

faire, les prévenus doivent enregistrer un plaidoyer de culpabilité et se conformer à plusieurs exigences. Au Québec, un seul tribunal de ce type existe (depuis 2012), et opère au Palais de justice de Montréal (Plourde, Goyette, Brochu et Alain, 2014). Il s'agit du Programme de traitement de la toxicomanie de la Cour du Québec (PTTCQ). En ce qui concerne les personnes détenues, aucun programme de traitement n'est systématiquement dispensé en centre de détention. Il existe toutefois certaines ententes entre le MSP et le ministère de la Santé et des Services sociaux, mais l'offre de services varie grandement selon les régions. Depuis 2009, un programme d'intervention en dépendance est offert par le Centre de réadaptation en dépendance de Québec à l'Établissement de détention de Québec, mais il est le seul de ce type au Québec (Arseneault, 2014). Pour ce qui est des personnes contrevenantes suivies dans la communauté, peu de programmes de traitement du TUS spécialisés leur sont offerts. Outre certaines maisons de transition qui offrent des ateliers sur la dépendance, ces personnes sont généralement référées vers les services externes des RHTJP ou dans les Centres intégrés de santé et de services sociaux (CISSS) ou Centres intégrés universitaires de santé et de services sociaux (CIUSSS) de leur région. Bien que tout cet éventail de services mérite d'être étudié, ce sont les RHTJP qui retiennent l'intérêt dans cet ouvrage, puisque souvent, les contrevenants y sont dirigés, car ces ressources offrent un encadrement long terme, plus serré, résidentiel qui se rapproche d'un contexte d'incarcération (Schneeberger et Brochu, 2000). Comme mentionné précédemment, ces ressources accueillent dans leurs services à la fois des personnes prévenues et des personnes suivies dans la communauté.

Priver ces individus dépendants aux SPA de leur liberté, que ce soit par l’incarcération ou par des conditions de suivi dans la communauté, n’est pas suffisant pour traiter leurs problèmes de consommation. Par ailleurs, il est établi qu’on ne peut espérer prévenir la récidive criminelle sans aborder les problèmes de consommation (Brochu *et al.*, 2016; Schneeberger et Brochu, 2000). Néanmoins, offrir un traitement à cette population en complémentarité ou en alternative à l’incarcération est encore largement controversé pour plusieurs raisons, d’abord pour les effets pervers possibles. Certains contrevenants peuvent voir l’occasion d’alléger leur sentence sans avoir le réel désir de modifier leurs habitudes de consommation (Schneeberger et Brochu, 2000). Ce pourrait notamment être le cas des prévenus qui espèrent diminuer leur sentence en intégrant un traitement avant de la recevoir ou des personnes détenues qui voient leur libération conditionnelle devancée en intégrant un traitement. Il y a également la question de l’obligation où certains contrevenants pourraient se voir contraints par l’appareil judiciaire à intégrer un traitement, ce qui peut notamment être le cas d’un juge qui accorde une mise en liberté sous condition seulement si le contrevenant « accepte » de suivre un traitement ou d’un individu condamné à une probation ayant comme condition de suivre un traitement (Schneeberger et Brochu, 2000). La personne ne décide pas elle-même de traiter sa dépendance, ce qui n’est pas sans susciter de questionnements sur sa réelle motivation au changement (Kelly *et al.*, 2005; Schneeberger et Brochu, 2000). La motivation est donc un concept, voire un enjeu central dans le traitement des personnes ayant un TUS. Ainsi, la section suivante se consacre à la définir. Enfin, l’état des connaissances actuelles au sujet de l’AT dans le

traitement des personnes à la fois dépendantes et sous contraintes judiciaires est présenté.

La motivation dans le traitement des dépendances

Il est bien démontré que les clients motivés obtiennent de meilleurs résultats thérapeutiques (Brocato et Wagner, 2008; Magrinelli Orsi et Brochu, 2009; Wolfe, Kay-Lambkin, Bowman et Childs, 2013). C'est pourquoi, dans le traitement des dépendances, il faut s'attarder à ce concept surtout lorsqu'il est question de clients contraints à consulter. De plus, l'AT et la motivation sont deux concepts étroitement liés susceptibles de s'influencer mutuellement. Mais, à quoi réfère la motivation? Il est difficile de fournir une définition unique suffisamment large de ce concept puisqu'il est complexe et multidimensionnel, comme le démontre l'extrait suivant :

Il y a l'impulsion de départ, ce qui initie le comportement (motivation initiale) et, en ce sens, c'est d'un réservoir d'énergie disponible dont il s'agit. Cependant, cette énergie peut être qualifiée de façon très différente par la direction, l'intensité et la persistance du comportement qui a été initié : on peut être motivé pour une chose et non pour une autre, à des degrés divers, à court ou à moyen terme... La motivation s'inscrit donc dans un processus dynamique, qui peut fluctuer en fonction de facteurs internes ou externes. (Lecavalier, Marcil-Denault, Denis, Maltais et Mantha, 2013, p. 8)

La motivation est donc l'énergie, le moteur qui pousse un individu à agir ou à adopter certains comportements, mais elle comporte également plusieurs dimensions variables. Dans la littérature portant sur le traitement des dépendances, il est souvent question de deux types de motivation qu'il apparaît important de distinguer : la motivation au changement et la motivation au traitement (Lecavalier *et al.*, 2013;

Simoneau, Bergeron et Tremblay, 2011). Selon Simoneau *et al.* (2011), la « motivation au changement » peut se définir comme : « l'ensemble des forces qui déterminent la décision de modifier un comportement, la mise en place de stratégies de changement et le maintien d'un nouveau comportement » (p. 5) alors que la « motivation au traitement », selon Simoneau, Bergeron, Brochu et Landry (2004) peut se définir comme : « l'ensemble des forces qui déterminent l'entrée, l'engagement et la persévérance dans un traitement spécifique » (p. 41). Cette distinction est particulièrement importante pour la population à l'étude, c'est-à-dire pour les personnes qui se retrouvent en traitement sous contraintes judiciaires. De fait, un individu peut être motivé à modifier ses habitudes de consommation de SPA sans nécessairement être motivé à suivre un traitement. Inversement, un individu peut être très motivé à suivre un traitement sans avoir la motivation de changer ses habitudes de consommation de SPA. Donc, un individu pourrait être motivé à intégrer une RHTJP, pour quitter le centre de détention plus rapidement sans avoir la réelle motivation de cesser sa consommation de SPA. Cet exemple introduit alors une autre nuance importante au concept de motivation. Bien qu'un individu soit motivé à changer ou à suivre un traitement, il faut également s'attarder aux motifs, aux raisons qui le motivent (Ryan et Deci, 2000).

La manière classique de catégoriser ces raisons sous-jacentes à la motivation des individus est le classement dichotomique suivant : les motivations intrinsèques et les motivations extrinsèques (Ryan et Deci, 2000). Les travaux de Ryan et Deci (2000) semblent être ceux qui offrent la compréhension la plus détaillée de ces deux types de

motivation largement utilisés dans la littérature. D'abord, la « motivation intrinsèque » est définie comme l'accomplissement d'une activité (ou d'un comportement) pour la satisfaction inhérente à l'activité elle-même. Selon cette définition, un individu intrinsèquement motivé agit parce que l'activité est agréable (pour le plaisir, le défi engendré) et non parce qu'il est sous pression ou pour une récompense ou une conséquence externe à cette activité. Quant à la « motivation extrinsèque », elle est définie comme l'accomplissement d'une activité (ou d'un comportement) en vue d'atteindre un certain résultat extérieur à ce que l'activité procure. Donc, un individu extrinsèquement motivé agit pour la valeur instrumentale de l'activité. Dès lors, les comportements intrinsèquement motivés sont plus susceptibles d'être maintenus dans le temps. En lien avec l'exemple précédent, un individu pourrait vouloir intégrer une RHTJP pour être libéré plus rapidement du centre de détention (motivation plutôt extrinsèque), alors qu'un autre pourrait vouloir le faire par intérêt pour l'aider à devenir abstinent (motivation plutôt intrinsèque). Bien qu'on puisse considérer que ces deux individus soient motivés au traitement, les motifs soutenant leur motivation sont différents.

Il est établi qu'une vaste majorité des personnes qui consultent pour un TUS sous des mesures judiciaires sont extrinsèquement motivées (Brocato et Wagner, 2008; Cournoyer *et al.*, 2007; Magrinelli Orsi et Brochu, 2009; Schneeberger et Brochu, 2000; Stevens *et al.*, 2006; Wolfe *et al.*, 2013). On pourrait donc croire que la majorité est en traitement pour des bénéfices externes. Ainsi, la modification des habitudes de

consommation serait peu probable et ne serait vraisemblablement pas maintenue dans le temps. Pour ces raisons, ces individus sont souvent mal perçus par les intervenants en dépendance (Brochu *et al.*, 2016). Or, il faut être prudent avec ce genre de conclusion puisque la motivation d'un individu n'est pas stable. Donc, ce n'est pas parce qu'un individu est extrinsèquement motivé au début du traitement qu'il va le rester, et l'inverse est également vrai. D'ailleurs, l'une des principales conclusions de l'étude de Kelly *et al.* (2005) montre que les clients en traitement sous mesures judiciaires, bien qu'ils soient plus extrinsèquement motivés à l'entrée en traitement par rapport à ceux sans mesure judiciaire, obtiennent des résultats similaires à ces derniers à la fin du traitement. De même, Magrinelli Orsi et Brochu (2009) soulignent que la plupart des personnes qui arrivent à modifier leur consommation de SPA par le biais d'un traitement sous contraintes passent « d'un stade où la motivation externe prédomine à un autre où la prise de conscience fait naître une motivation interne à changer » (p. 174). Ces constats invitent alors à la prudence quant à la catégorisation rigide des individus comme intrinsèquement motivés ou extrinsèquement motivés.

Il y a donc lieu de conceptualiser davantage la motivation comme un continuum ayant à une extrémité l'absence de motivation et à l'autre, la motivation interne (Magrinelli Orsi et Brochu, 2009). Ryan et Deci (2000) proposent d'ailleurs une conceptualisation semblable dans leur ouvrage, soit un continuum allant de l'absence de motivation (qu'ils nomment amotivation) à la motivation interne, mais ils détaillent entre ces deux pôles, quatre différents degrés de motivation extrinsèque. La « régulation

externe » représente le premier degré où l'individu pose une action pour répondre aux exigences extérieures ou pour obtenir une récompense. Pensons alors à un individu qui intègre un traitement en RHTJP pour réduire la durée de sa détention. Généralement, l'action cesse lorsque les contingences sont retirées. Le deuxième degré est celui de la « régulation introjectée », où l'individu pose une action en raison de pressions extérieures, mais également dans le but d'éviter des sentiments comme la culpabilité ou l'anxiété ou encore pour obtenir une fierté personnelle. Un exemple pourrait être celui d'un individu qui cesse sa consommation de SPA à la fois pour répondre aux exigences judiciaires, mais aussi pour se prouver qu'il peut réussir et être fier de lui. Finalement, les deux derniers degrés, « l'identification » et « l'intégration » se rapprochent du pôle de la motivation intrinsèque. Bien que l'action soit motivée par sa valeur instrumentale, au degré « d'identification », l'individu accorde de l'importance à cette action et a le sentiment de la choisir alors qu'au degré « d'intégration », cette action devient pleinement intégrée et cohérente à son système de valeur.

En plus d'être plus fidèle à la réalité, la conceptualisation de la motivation en continuum prévient l'étiquetage et les préjugés que certains pourraient avoir envers les clients contraints à suivre un traitement. À ce sujet, Magrinelli Orsi et Brochu (2009) indiquent que considérer un individu en traitement sous mesures légales comme étant « non motivé » est un préjugé associé à son statut judiciaire, puisque les aspects motivationnels impliqués dans ce contexte de traitement sont largement plus complexes. Les résultats obtenus par Hiller *et al.* (2009) abondent en ce sens. Alors qu'on pourrait

s'attendre à ce que les individus qui consultent sans contrainte judiciaire soient plus motivés que ceux qui en ont, les résultats démontrent plutôt que pour ces deux groupes, la motivation au traitement est similaire et relativement faible. Dans le même ordre d'idées, d'autres études démontrent que c'est la perception de la contrainte (dans quelle mesure l'individu se sent contraint) plutôt que la contrainte judiciaire en elle-même qui aurait un impact sur la motivation d'un individu (Shearer et Ogan, 2002; Wolfe *et al.*, 2013). C'est donc dire que les clients en traitement sous mesures judiciaires ne sont pas systématiquement moins motivés que les autres ou plus extrinsèquement motivés. De même, ce n'est pas parce qu'un individu est extrinsèquement motivé que le changement est impossible. Certes, ce serait la motivation interne qui serait la plus impliquée dans la modification des comportements de consommation de SPA (Ilgen *et al.*, 2006; Magrinelli Orsi et Brochu, 2009), mais la motivation externe jouerait un rôle clé sur la rétention en traitement (Brochu *et al.*, 2006; Magrinelli Orsi et Brochu, 2009). Comme le rappelle Ryan et Deci (2000), la plupart des activités que les gens font ne sont pas intrinsèquement motivées. L'humain est tel qu'il n'agit pas toujours pour la satisfaction inhérente à l'action elle-même, mais parce qu'ils visent un résultat extérieur.

Le processus menant les individus à passer d'une motivation externe à une motivation interne est donc ce qui devrait faire partie des préoccupations des intervenants pour améliorer le traitement des dépendances (Magrinelli Orsi et Brochu, 2009; Melnick, De Leon, Thomas, Kressel et Wexler, 2001). Ryan et Deci (2000), décrivent deux principaux éléments qui seraient impliqués dans ce processus :

« l'appartenance » et le « sentiment de compétence ». Pour ce qui est de « l'appartenance », selon ces auteurs, un individu devient intrinsèquement motivé à une action par le biais de personnes significatives. Dans de nombreux cas, ce seraient ces personnes significatives qui amèneraient l'individu à accorder de l'importance, de l'intérêt et de la valeur à une action qui était d'abord extrinsèquement motivée. Par conséquent, l'AT apparaît être une variable essentielle puisque l'intervenant, en tant que personne significative, peut jouer un rôle important dans ce processus. Pour ce qui est du « sentiment de compétence », le fait de se sentir compétent à réaliser une action serait également relié au développement de la motivation intrinsèque. Ainsi, on ne peut espérer qu'un individu soit motivé à cesser sa consommation de SPA s'il ne s'en sent pas capable. Ce deuxième élément souligne encore une fois la contribution importante de l'intervenant qui, en créant une AT, peut aider l'individu à rehausser son sentiment de compétence, notamment en lui donnant un soutien affectif et en lui proposant des défis à la mesure de ses compétences (Lecavalier *et al.*, 2013).

En terminant, non seulement la motivation n'est pas une condition statique d'un individu, mais il est maintenant démontré qu'elle peut être influencée par l'environnement, notamment par l'intervenant et les membres de l'entourage de l'individu. L'intervenant peut donc avoir un impact sur la motivation en créant un climat favorable et en mettant des interventions en place qui viendront susciter, supporter et maintenir la motivation de l'individu (Lecavalier *et al.*, 2013; Ryan et Deci, 2000; Simoneau *et al.*, 2011). Ainsi, la création et le maintien d'une AT est un prérequis

essentiel au processus motivationnel (Brocato et Wagner, 2008; Lecavalier *et al.*, 2013; Miller et Rollnick, 2013).

L'alliance thérapeutique dans le traitement des personnes dépendantes sous mesures judiciaires

Les sections précédentes ont permis de définir les concepts importants (l'AT, le TUS, la dépendance aux SPA, la motivation). La présente section s'intéresse donc aux connaissances actuelles quant à l'AT dans le traitement des personnes dépendantes et judiciairisées sont présentées. Malheureusement, dans la littérature scientifique, tout comme l'ont constaté certains auteurs (Brochu et Plourde, 2012; Meier, Barrowclough *et al.*, 2005), les études sur ce thème se font beaucoup plus rares. D'une part, la plupart des écrits traitent de l'AT et du traitement des personnes dépendantes sans qu'elles soient judiciairisées. C'est d'ailleurs pourquoi une des sections précédentes y est consacrée. D'autre part, plusieurs études portant sur le traitement des dépendances des personnes judiciairisées ne parlent pas de l'AT. Malgré tout, quelques études traitant de toutes ces variables (traitement des dépendances, AT et personnes judiciairisées) sont recensées et présentées dans les paragraphes subséquents.

D'abord, quelques auteurs se sont intéressés à l'influence de l'AT sur la rétention en traitement des personnes dépendantes et judiciairisées puisque le taux d'abandon chez cette population est particulièrement élevé. En effet, environ la moitié des personnes judiciairisées engagées dans un traitement résidentiel à long terme abandonnerait dans les trois premiers mois (Nielsen et Scarpitti, 2002). Il y a donc lieu de s'intéresser à cette

variable. Brocato et Wagner (2008) ont utilisé le *Working Alliance Inventory*⁵ (WAI) (Horvath et Greenberg, 1989), pour mesurer l'AT selon la perception des hommes en traitement sous mesures judiciaires dans un centre de traitement de type RHTJP. Malheureusement, leurs résultats montrent que les scores au WAI ne sont pas prédictifs du nombre de jours de traitement. Par contre, la motivation (notamment la volonté de changer et la reconnaissance du problème) serait positivement liée à l'AT (particulièrement au score du lien affectif). En effet, les clients étant restés plus de trois mois dans le traitement avaient une forte AT et étaient plus motivés à changer. L'étude de Brocato et Wagner (2008) suggère donc que la qualité de l'AT peut avoir un rôle médiateur important sur la rétention en traitement bien qu'elle ne puisse la prédire directement.

Cournoyer *et al.* (2007) se sont également intéressés à la relation entre l'AT et la rétention en traitement selon les trois principales sous-populations qui consultent dans les centres de réadaptation en dépendance : les personnes qui présentent un trouble de santé mentale, celles qui sont judiciairisées et celles qui ne présentent aucune de ces caractéristiques (groupe contrôle). Ils ont utilisé le *California Psychotherapeutic Alliance Scale – Patient version*⁶ (CALPAS-P) (Gaston, 1991) pour mesurer l'AT selon

⁵ Le WAI fournit un score total et un score pour chacune des dimensions du modèle de l'AT de Bordin (1979) : l'accord sur les objectifs, les tâches et le lien affectif. Il existe une version du WAI complétée par le client et une version complétée par l'intervenant. Dans cette étude, seule la version client a été utilisée pour mesurer l'AT.

⁶ Le CALPAS-P est composé de quatre échelles : l'engagement du client dans le traitement, la capacité de travail du client, l'implication et la compréhension de l'intervenant et le consensus sur la stratégie de travail. Le CALPAS-P est complété par le client, mais il existe une version complétée par l'intervenant (CALPAS-T) et une version complétée par un observateur (CALPAS-R).

la perception des clients. Ils ont également développé un instrument, le *Patient Commitment Questionnaire* (PCQ) pour mesurer les comportements et attitudes d'engagement et de résistance des clients selon la perception des intervenants. Leurs résultats, tout comme ceux de Brocato et Wagner (2008), ne montrent pas de lien significatif entre l'AT et la rétention en traitement pour le groupe de personnes judiciairisées. En effet, la seule variable prédictive de la rétention pour ce groupe est la résistance du client au traitement (plus il affiche des attitudes de résistance au traitement, plus il est susceptible d'abandonner). Également, les résultats montrent que les clients du groupe judiciairisé sont moins engagés, plus résistants et qu'ils affichent des attitudes plus négatives envers le traitement par rapport au groupe contrôle. Finalement, pour ce même groupe, les résultats mettent en lumière que la compréhension et l'implication de l'intervenant (perçues par le client) seraient des facteurs clés dans l'établissement de l'AT.

Dans un autre ordre d'idée, Wolfe *et al.* (2013) ont exploré les caractéristiques des clients qui fréquentent un service d'aide pour leur consommation de SPA par rapport à trois variables : la motivation, la coercition et l'AT. Une de leurs hypothèses était que les clients sous contraintes judiciaires rapporteraient une plus faible AT par rapport aux clients sans ce type de contraintes. L'AT a été mesurée selon la perception des clients à partir du *Agnew Relationship Measure*⁷ (ARM) (Agnew-Davies, Stiles, Hardy, Barkham et Shapiro, 1998). Étonnamment, leur hypothèse n'est pas confirmée. En effet, il n'y

⁷ L'ARM est un questionnaire complété par le client mesurant cinq dimensions de l'AT : le lien, le partenariat, la confiance envers l'intervenant, l'ouverture et l'initiative du client.

aurait aucune relation significative entre la contrainte judiciaire et la qualité de l'AT. Selon eux, ces résultats, peuvent s'expliquer par le fait que les clients ne se perçoivent pas contraints. Par ailleurs, les auteurs croient également que l'attitude chaleureuse, la compréhension et l'écoute active des intervenants expliqueraient ce résultat puisque ces attitudes contrastent avec celles des intervenants judiciaires que côtoient habituellement ces clients.

En terminant, d'autres études offrent des résultats intéressants bien qu'elles s'éloignent en quelques points des variables d'intérêt pour ce mémoire. Par exemple, Sia, Dansereau et Czuchry (2000) ont mené une étude portant sur un programme de préparation au traitement (quatre rencontres de deux heures) offert aux personnes judiciairisées avant leur entrée dans un traitement résidentiel long terme. Bien que ce programme de préparation n'ait pas pour objectif d'améliorer l'AT, les auteurs constatent que les clients l'ayant complété, apprécient davantage leurs intervenants lors de leur entrée dans le traitement. De même, les auteurs constatent que les clients prêts à recevoir un traitement jugent plus positivement leur intervenant, les activités du traitement et le personnel (non-intervenant) du centre de traitement. Ces résultats soulignent l'importance de la préparation au traitement et, par le fait même, l'impact potentiel sur la qualité de l'alliance. Également, Joe, Simpson, Dansereau et Rowan-Szal (2001), ont mené une étude sur le « counseling rapport » et son association avec les résultats du traitement. Bien que les auteurs utilisent l'expression « counseling rapport » plutôt qu'AT, ils font référence au lien affectif entre le client et l'intervenant. Leurs

résultats montrent que, le lien (« counseling rapport ») mesuré pendant le traitement prédit les résultats post-traitement. Non seulement la qualité du lien entre le client et l'intervenant (« counseling rapport ») serait liée à la diminution ou à l'arrêt de la consommation de SPA, mais elle serait également liée à la diminution ou à l'arrêt des activités criminelles. Toutefois, leur échantillon n'était pas uniquement constitué de personnes judiciairisées faisant en sorte que ces résultats pourraient varier si l'échantillon était restreint à cette population.

Les limites dans les connaissances actuelles

Bien qu'il existe un nombre important d'études portant sur l'AT, une grande partie de sa variance reste inexplicée (Meier, Barrowclough *et al.*, 2005). Comme exposé précédemment, bon nombre d'études obtiennent des résultats incohérents ce qui indique la nécessité de mener d'autres recherches (Meier, Barrowclough *et al.*, 2005). De plus, plusieurs d'entre elles ont été menées dans le cadre de la psychothérapie (Redko, Rapp, Elms, Snyder et Carlson, 2007) qui diffère en plusieurs points de l'approche psychoéducative et du type de suivi offert dans le cadre d'un traitement pour le TUS (Joe *et al.*, 2001).

L'intervention en dépendance avec les personnes judiciairement contraintes à consulter est complexe étant donné les frontières entre le contrôle social (punition) et l'aide thérapeutique (réadaptation) (Brochu *et al.*, 2016; Schneeberger et Brochu, 2000).

Quelle position doit adopter l'intervenant? Schneeberger et Brochu (2000) expliquent cette complexité :

L'espace clinique coercitif n'est pas un espace clinique libre. À tout le moins, il n'est pas libre de doutes dans l'esprit de la personne à aider. Dans ce contexte plusieurs questions se posent. Comment bien évaluer la motivation initiale du client? Comment la faire progresser? Comment provoquer une alliance thérapeutique? (p. 143)

Il est donc clair que le traitement des personnes sous contraintes présente des particularités et que le développement de la motivation et de l'AT sont des enjeux centraux et interreliés qui doivent encore être explorés. Les diverses études présentées précédemment ont démontré que pour être des agents de changement efficaces, les intervenants doivent développer une alliance avec les contrevenants, mais est-ce possible dans ce contexte? Comment?

Considérant les composantes essentielles au développement de l'AT (Bordin, 1979), est-ce qu'un accord sur les objectifs et les tâches est possible sachant que les personnes judiciairisées sont souvent extrinsèquement motivées? Il ne faut pas négliger le fait que toutes les RHTJP exigent l'abstinence totale de consommation de SPA durant la durée du séjour, ce qui peut nuire à l'établissement de l'AT puisque les objectifs de consommation sont, en quelque sorte, fixés à l'avance plutôt que négociés avec le contrevenant. Certains pourraient viser la diminution, le maintien ou le contrôle de leur consommation de SPA plutôt que l'abstinence. De plus, est-ce qu'un lien affectif peut se développer dans ce contexte de traitement sachant qu'une simple confiance pourrait avoir des répercussions judiciaires? Comme le rappellent Schneeberger et Brochu

(2000), le traitement des dépendances en contexte judiciaire s'effectue dans un cadre très rigide dans lequel le client est constamment menacé de voir sa démarche interrompue (p. ex. dans le cas d'une rechute, d'un écart de comportement, du non-respect d'une condition de probation, etc.).

L'intérêt d'étudier l'AT chez les personnes dépendantes et judiciairisées est souligné par plusieurs auteurs, notamment parce que l'AT est un facteur important relié au traitement pouvant potentiellement aider au développement de la motivation interne (Magrinelli Orsi et Brochu, 2009). Également, parce qu'une meilleure compréhension des mécanismes d'action sous-jacents à l'interaction entre la motivation et l'AT permettrait d'identifier comment les intervenants peuvent améliorer leurs interventions avec ces clients (Ilgen *et al.*, 2006). Finalement, parce l'AT est probablement un des ingrédients permettant de contrer les facteurs d'adversité (motivation externe, pressions judiciaires, etc.) dans le traitement des dépendances chez cette clientèle (Brochu *et al.*, 2016)

En terminant, peu de traitements des dépendances en communauté sont offerts spécifiquement aux personnes judiciairisées et peu d'études sur l'AT portent sur cette clientèle aux besoins particuliers (Brochu et Plourde, 2012). Comme le soulignent Schneeberger et Brochu (2000), il est impératif que l'expertise de ces intervenants soit développée puisqu'ils jouent un rôle déterminant dans les trajectoires pénales et de réadaptation des personnes judiciairisées et dépendantes. Également, ces milieux

d'intervention restent encore trop peu investis par les psychoéducateurs. Donc, non seulement les connaissances théoriques et les pratiques professionnelles doivent être améliorées, mais l'expertise psychoéducative dans ce domaine doit également être développée.

L'objectif et les questions de recherche

En fonction de la problématique précédemment décrite et des limites dans les connaissances actuelles, l'objectif général de ce mémoire est d'explorer et de décrire le phénomène de l'AT dans le traitement des personnes dépendantes aux SPA sous mesures judiciaires. Plus spécifiquement, en suivant une méthode qualitative, ce mémoire tente de répondre à trois questions :

1. Quelles sont les motivations des personnes sous mesures judiciaires à traiter leur dépendance et à suivre un traitement?
2. Comment se traduit le modèle théorique de l'AT de Bordin (1979) dans un contexte de traitement sous contraintes judiciaires?
3. Quels sont les facteurs perçus comme favorables et nuisibles à l'établissement et au maintien d'une AT?

Avant de présenter les résultats obtenus pour chacune de ces questions, la méthode utilisée est détaillée dans la section suivante.

Méthode de recherche

En fonction de l'objectif général et des questions de recherche, la recherche se situe à un niveau à la fois exploratoire et descriptif (Fortin et Gagnon, 2010; Miles et Huberman, 2003). Elle est exploratoire parce que le but principal est de comprendre un phénomène (l'AT) selon les individus qui en font l'expérience. La recherche est aussi descriptive parce le but est également de décrire les dimensions et les variantes d'un phénomène déjà connu (l'AT) dans un contexte moins exploré (le traitement des dépendances sous contraintes judiciaires). De plus, le paradigme naturaliste sert de modèle de référence fondamental pour structurer et guider cette recherche (Fortin et Gagnon, 2010). Principalement, il s'appuie : « sur le postulat que la réalité sociale est multiple et qu'elle se construit sur les perceptions individuelles, qui peuvent changer avec le temps » (Fortin et Gagnon, 2010, p. 25). Il n'existe donc pas de vérité absolue, la réalité étant construite selon la perception en constante évolution des individus. En conséquence, considérant les niveaux dans lesquels se situent la recherche et ce paradigme référentiel, la méthode qualitative est la plus indiquée pour répondre aux questions de recherche.

La recherche qualitative a fait l'objet de plusieurs ouvrages. Ceux de Creswell (2013) et de Miles et Huberman (2003) en sont des exemples couramment cités dans la littérature. Chaque auteur l'explique à sa façon, mais il est généralement reconnu que

c'est une méthode qui étudie les sujets dans leur milieu naturel permettant ainsi une compréhension élargie des phénomènes, expériences et processus sociaux. Dans presque toutes les recherches qualitatives, un raisonnement inductif est utilisé (Creswell, 2013; Fortin et Gagnon, 2010). C'est d'ailleurs ce raisonnement qui est employé tout au long de cette étude. Les conclusions sont formulées à partir de la perception des sujets suivant un mouvement du particulier vers le général ou du bas (les sujets) vers le haut (théorie).

Bien que cette recherche ne puisse être qualifiée de phénoménologique, elle s'inspire de cette approche (Creswell, 2013; Fortin et Gagnon, 2010; Giorgi, 1997; Miles et Huberman, 2003). En effet, parmi les plus connues en recherche qualitative (ethnographie, étude de cas, théorisation ancrée, etc.), c'est celle qui décrit le mieux l'esprit dans lequel la recherche est construite. La phénoménologie vise une compréhension riche d'un phénomène à partir du vécu expérientiel des individus (Creswell, 2013; Fortin et Gagnon, 2010). L'objectif général de cette étude a donc une couleur phénoménologique, puisque c'est la compréhension et la description du phénomène de l'AT tel que vécu par les individus qui en fait l'objet.

Toutefois, la signification accordée au phénomène, qui est également un élément important dans la recherche phénoménologique (Creswell, 2013; Fortin et Gagnon, 2010; Giorgi, 1997;), n'est pas mise en évidence dans cette étude. En théorie, la phénoménologie ne nécessite pas de structure, car le cadre conceptuel émerge au fur et à mesure de l'étude (peu de choses devraient être prévues avant d'aller sur le terrain). Or,

l'approche adoptée dans cette étude est plus structurée et rejoint ainsi la position de Miles et Huberman (2003) qui, bien qu'ils soient partisans des principes de l'approche phénoménologique, croient qu'une recherche qualitative requiert une certaine structuration.

Le déroulement de la collecte de données

La construction de l'échantillon

En recherche qualitative, construire un échantillon scientifiquement valide n'est pas une tâche facile (Morse, 1995; Mukamurera, Lacourse et Couturier, 2006; Savoie-Zajc, 2006; St-Cyr Tribble et Saintonge, 1999). Ainsi, différents choix ont dû être faits pour bâtir un échantillon qui réponde aux critères de scientificité tout en composant avec les contraintes de la réalité.

D'abord, puisqu'il s'agit d'une recherche inspirée de la phénoménologie, l'échantillon devait être constitué de personnes ayant expérimenté le phénomène (Creswell, 2013; Fortin et Gagnon, 2010; Giorgi, 1997; Miles et Huberman, 2003). En effet, pour avoir un échantillon valide, il devait être composé de sujets au centre de la problématique traitée, donc composé de personnes « compétentes » en fonction du problème étudié (Savoie-Zajc, 2006). Pour ces raisons, l'échantillonnage s'est fait de façon intentionnelle et orientée et a ainsi été construit par choix raisonné (Fortin et Gagnon, 2010; Miles et Huberman, 2003; Savoie-Zajc, 2006). Les participants ont été sélectionnés selon des critères précis pour s'assurer qu'ils représentent bien le

phénomène à l'étude. Les critères sont énumérés dans le Tableau 1 et détaillés dans les paragraphes suivants.

Tableau 1

Critères de sélection pour la construction de l'échantillon

Critères d'inclusion	Présenter des indices de trouble lié à l'usage d'une substance psychoactive (ou d'une dépendance aux substances psychoactives) Être en traitement sous des mesures judiciaires dans une RHTJP Être en traitement depuis au moins un mois Être un homme Être âgé de 21 ans et plus
Critères d'exclusion	Prendre une médication prescrite de façon irrégulière (non-observance) pour un trouble de santé mentale diagnostiqué Avoir été hospitalisé dans les six derniers mois en raison d'une instabilité sur le plan de la santé mentale Avoir fait une tentative de suicide ou avoir eu des comportements parasuicidaires dans les six derniers mois

Puisqu'elles sont au cœur de la problématique étudiée et à même de discuter de leur expérience relationnelle avec les intervenants, les personnes qui présentent des indices d'un TUS (ou d'une dépendance aux SPA) en traitement sous mesures judiciaires dans une RHTJP ont été ciblées⁸. La première étape fut alors d'identifier les RHTJP partenaires et certifiées par le MSP, puisque ce sont celles qui accueillent les personnes sous mesures judiciaires au Québec. Quarante-six RHTJP ont été dénombrées (MSP, 2016), mais seules les trois RHTJP de Capitale Nationale et les trois RHTJP de la Mauricie ont été retenues. Les moyens disponibles et les considérations liées à la

⁸ Rappelons que les personnes en traitement dans une RHTJP n'ont pas nécessairement de diagnostic (TUS ou dépendance). C'est donc pour cette raison que le critère d'inclusion est décrit ainsi.

faisabilité, dont la proximité des RHTJP, le budget et le temps alloué pour ce projet de mémoire ont servi de guide pour faire ce choix.

Également, seuls les sujets étant en traitement depuis au moins un mois ont été ciblés. Ce choix a été fait puisqu'il apparaissait important que les participants soient bien imprégnés de leur environnement avant la collecte de données. Néanmoins, l'organisation et le fonctionnement des RHTJP en fonction de ce dernier critère ont mené à l'exclusion de deux des trois centres de la Capitale-Nationale, puisque la durée du traitement offert (trois semaines) est trop courte, ce qui aurait complexifié le recrutement des sujets et grandement limité le nombre répondant aux critères. Un contact a donc été fait avec la direction des autres RHTJP : le Rucher; la Maison Jean-Lepage; la Maison Carignan; et le Pavillon de l'Assuétude. Toutes ont accepté de collaborer à la recherche.

Par ailleurs, pour obtenir un échantillon scientifiquement valide, il fallait tenir compte des objectifs de la recherche (Savoie-Zajc, 2006). Puisque l'objectif principal est de décrire et d'explorer le phénomène de l'AT pour en avoir une compréhension plus riche chez un groupe d'individus particuliers, il fallait rendre l'échantillon plus homogène⁹ (Fortin et Gagnon, 2010; Miles et Huberman, 2003; Savoie-Zajc, 2006). C'est donc dans cette optique que seuls les hommes de 21 ans et plus ont été inclus dans

⁹ Un échantillon est homogène lorsqu'il y a peu de variation entre les sujets. Plus les sujets présentent des caractéristiques semblables, plus l'échantillon est homogène et plus il est possible de faire une description profonde d'un groupe particulier (Fortin et Gagnon, 2010; Miles et Huberman, 2003; Savoie-Zajc, 2006).

l'échantillon. Ce premier choix a été fait puisque des indices dans la littérature laissent croire qu'il existe des divergences entre les hommes et les femmes quant au développement de l'AT (Gibbons *et al.*, 2003). Par conséquent, pour obtenir un échantillon plus homogène, il fallait se concentrer sur l'un des deux sexes et le choix final s'est arrêté sur les hommes, puisqu'ils sont plus nombreux dans le système judiciaire. De même, seuls les participants de 21 ans et plus ont été ciblés afin d'obtenir un échantillon plus représentatif de l'âge adulte. Néanmoins, le seuil à 21 ans a été établi selon une moyenne arbitraire puisque le début de l'âge adulte, bien qu'il se situerait entre 18 et 25 ans (Arnett, 2000), est un sujet encore débattu.

En terminant, puisque c'est un incontournable dans tout projet de recherche incluant des humains (Savoie-Zajc, 2006), les considérations éthiques ont également été prises en compte dans la construction de l'échantillon. D'abord, les hommes ayant une instabilité au plan mental ont été exclus. À ce titre, les critères d'exclusion sont précisés dans le Tableau 1. Qui plus est, un formulaire d'information et de consentement a été construit à l'attention des sujets (Appendice A). Notamment, le formulaire décrit les conditions entourant la collecte de données, les mesures mises en place pour assurer la confidentialité des données colligées et les inconvénients et bénéfices à participer à la recherche. Également, le formulaire souligne qu'aucune compensation financière ou matérielle n'est donnée pour la participation à l'étude. Finalement, le projet a été soumis au Comité d'éthique de la recherche avec des êtres humains de l'Université du Québec à

Trois-Rivières (CER-UQTR) avant le début de la collecte de données. Le projet est approuvé et un certificat a été émis (Appendice B).

Le recrutement des participants

Le recrutement des participants a débuté au mois de mai 2015 et s'est terminé au mois de juillet 2015. Les directeurs et intervenants des quatre RHTJP ont pris en charge le recrutement des participants en sollicitant les résidents de leur centre répondant aux critères précédemment détaillés. Par la suite, les participants intéressés ont été rencontrés individuellement afin de confirmer leur admissibilité et leur présenter le formulaire d'information et de consentement. Après en avoir pris connaissance et avoir obtenu réponse à leurs questions, les participants consentant à prendre part à la recherche ont signé le formulaire et l'entretien a eu lieu.

La tenue des entretiens et le matériel utilisé

L'entretien semi-structuré a été utilisé pour récolter les données, ce qui est indiqué pour la recherche à caractère phénoménologique (Creswell, 2013; Fortin et Gagnon, 2010; Giorgi, 1997). Chacun des entretiens a été dirigé par Marie-Eve Bédard-Nadeau (intervieweuse), candidate à la maîtrise en psychoéducation, à l'aide d'un guide d'entrevue préalablement construit. Les participants ont été rencontrés individuellement dans leur centre de traitement respectif dans un bureau assurant la confidentialité. Chaque entretien a été enregistré à l'aide d'un appareil audio. En moyenne, les entretiens ont duré 58 minutes.

Le guide d'entrevue fut élaboré à travers différentes étapes. D'abord, le guide initial a été construit principalement en fonction du modèle de l'AT de Bordin (1979) en vue de documenter les trois questions de recherche. Deux entretiens ont été menés à l'aide de ce guide. Après quoi, chacune des directrices de recherche a fait l'écoute de l'enregistrement audio d'un entretien. Leurs commentaires et observations ont contribué à la formation de l'intervieweuse et ont mené à la modification de l'ordre et de la formulation de certaines questions du guide. Le guide d'entrevue final, tel que présenté à l'Appendice C, a donc été utilisé pour tous les entretiens subséquents. Il se compose de questions ouvertes divisées en cinq blocs : un bloc introductif, un bloc portant sur la motivation et trois blocs portant chacun sur une des trois dimensions du modèle de l'AT de Bordin (1979) : les objectifs de traitements, les tâches et le lien affectif.

Afin d'obtenir des données descriptives de l'échantillon, avant le début des entretiens, les participants ont complété une fiche signalétique (Appendice D) avec le soutien de l'intervieweuse (durée moyenne de cinq minutes). Les informations recueillies ont servi à dresser le portrait des participants.

La taille de l'échantillon

Communément, l'arrêt de la collecte de données se produit lorsque la saturation empirique est atteinte, donc lorsque les observations n'apportent plus d'informations suffisamment nouvelles pour justifier une augmentation du matériel empirique (Fortin et

Gagnon, 2010; Pires, 1997). Or, comme certains auteurs le soulignent, l'atteinte de la saturation empirique est discutable et le nombre « suffisant » de sujets à inclure dans l'étude est arbitraire puisqu'il n'existe pas de règle objective en recherche qualitative (Miles et Huberman, 2003; Morse, 1995; Savoie-Zajc, 2006; St-Cyr Tribble et Saintonge, 1999). D'ailleurs, la variation et la diversité des propos sont davantage recherchées que leur fréquence, il est donc difficile de savoir quand il faut s'arrêter. Au sujet de la recherche phénoménologique, Creswell (2013) situe le nombre de participants nécessaires autour de trois à quatre sujets, mais pouvant aller de dix à quinze alors que Fortin et Gagnon (2010) parlent de cinq à 20 sujets. Il n'y a donc pas de ligne directrice claire.

Dans cette recherche, la collecte de données s'est arrêtée à 15 participants. Bien qu'il soit difficile de savoir avec certitude que l'ajout de participants n'aurait rien apporté de nouveau, certains indicateurs ont justifié ce choix. D'une part, le niveau d'homogénéité de l'échantillon a permis d'arriver à des données riches et complètes sans nécessiter un nombre élevé de sujets. Dans ce cas-ci, les critères de sélection ont permis la constitution d'un échantillon de participants ayant plusieurs caractéristiques similaires (Tableau 1), limitant la variation dans les propos. Par ailleurs, l'échantillon n'est pas « trop » homogène puisque certaines caractéristiques des participants n'ont pas fait l'objet de critères, ce qui apporte une certaine variété dans les données recueillies. Par exemple, certains participants consomment des SPA depuis plus de dix ans, d'autres consomment depuis seulement un an, certains en sont à leur premier traitement sous

mesures judiciaires, d'autres non, certains sont de jeunes adultes alors que d'autres frôlent la cinquantaine. La collecte de données s'est donc arrêtée à 15 participants puisque ce nombre semblait suffisamment élevé pour rendre compte de cette diversité (Morse, 1995; Mukamurera *et al.*, 2006; St-Cyr Tribble et Saintonge, 1999). De plus, comme les paragraphes précédents le montrent, des efforts ont été faits pour bien délimiter l'échantillon faisant en sorte qu'il soit scientifiquement valide, et théoriquement représentatif (par opposition à statistiquement représentatif) (Miles et Huberman, 2003). Finalement, un nombre équivalent de participants ont été recrutés dans chacun des centres et les données obtenues apparaissaient intelligibles et cohérentes suggérant alors que le nombre de participants était suffisant.

Le portrait des participants

Les 15 hommes constituant l'échantillon sont en traitement depuis 67 jours en moyenne. Le Tableau 2 présente leur répartition selon la RHTJP où ils sont hébergés et les mesures judiciaires sous lesquelles ils l'ont intégrée.

Six participants en sont à leur premier traitement. Pour les autres ($n = 9$), sans nécessairement l'avoir complété, ils déclarent avoir déjà intégré un ou plusieurs traitements dans le passé. En moyenne, le traitement actuel est le troisième.

Tableau 2
Répartition des participants selon la RHTJP et le statut judiciaire

RHTJP	Statut judiciaire			Total (N = 15)
	Prévenus (n = 11)	Condamnés (n = 4)		
	Enquête sous remise en liberté	Libération conditionnelle	Probation	
Le Rucher	3	1	--	4
Maison Carignan	2	1	--	3
Pavillon de l'Assuétude	2	--	2	4
Maison Jean- Lepage	4	--	--	4

Concernant leur perception d'être contraint (obligé) à suivre le traitement, les participants se sont donné une cote sur une échelle de 0 à 10 où 0 signifie *je ne me sens pas du tout obligé* et 10 signifie *je me sens obligé*. La moyenne des scores obtenus à cette échelle est de 1,8, indiquant qu'ils se sentent généralement assez peu obligés.

Les participants considèrent avoir des problèmes de drogues depuis en moyenne dix ans alors qu'ils considèrent avoir des problèmes d'alcool depuis en moyenne 16 ans. Bien que les participants consomment trois différentes SPA en moyenne, ils ne considèrent pas que ce soient toutes les SPA qu'ils consomment qui leur causent un problème majeur. Le Tableau 3 présente le portrait détaillé.

Tableau 3

Portrait des substances psychoactives consommées et causant un problème majeur

Substances psychoactives consommées	Alcool		Cocaïne		Amphétamines		Cannabis		Hallucinogènes	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Sans causer de problème	15	100	12	80	10	67	9	60	3	20
Causant un problème majeur	8	53	10	67	8	53	3	20	2	13

En terminant, le Tableau 4 présente des informations supplémentaires pour chacun des participants afin de contextualiser leurs propos qui seront présentés dans la partie des résultats. Les noms utilisés pour désigner chacun des participants sont fictifs afin de protéger la confidentialité.

Tableau 4

Informations supplémentaires sur chacun des participants

Nom	Âge (<i>M</i> = 34)	Informations
Jason	21	Ses délits sont principalement des voies de fait, mais a fait du trafic de stupéfiants sans se faire arrêter. Son avocat lui a suggéré le traitement (le premier qu'il fait) et lui a dit qu'il n'irait pas en détention si ça se passait bien.
Adrien	24	Ses délits sont principalement des voies de fait envers son ex-conjointe, mais considère que c'est de la légitime défense. Il a des enfants. Depuis 2011, il fait des « in and out » en détention. C'est son deuxième traitement sous mesures judiciaires.
Sacha	24	Il a des problèmes judiciaires depuis qu'il a 18 ans. Il a fait plusieurs délits : possession de stupéfiants, vols, introductions par effraction, voies de fait, plusieurs bris de probation, etc. C'est son septième traitement et son troisième sous mesures judiciaires.
Tom	26	Il a des antécédents de trafic de stupéfiants, vols, voies de fait, etc., et a déjà fait de la détention. Sa problématique serait la violence (trois traitements). Ses problèmes de drogues dateraient de la dernière année. Il a un enfant. C'est son premier traitement des dépendances.
Jules	26	Il a des problèmes de drogues depuis l'âge de 14 ans. Il a des antécédents de vols, de possession de stupéfiants et plusieurs bris de conditions. C'est son cinquième traitement. Il n'a jamais terminé les précédents et ce n'est pas son premier sous mesures judiciaires.
James	30	Il a eu des démêlés judiciaires suite à une voie de fait envers sa conjointe. C'est son premier délit donc son premier traitement sous mesures judiciaires. Il déjà fait un traitement sans le terminer (volontaire) il y a 10 ans. Il a un enfant.
Carl	34	Il a plusieurs antécédents judiciaires principalement des voies de fait. Il a déjà fait de la détention, mais lors de sa dernière arrestation, il a décidé d'intégrer le traitement (son premier). Il a des enfants. Il a des problèmes de drogues depuis environ 15 ans.
Alex	35	Il a été arrêté pour voies de fait envers son ex-conjointe. C'est la première fois qu'il se retrouvait en prison et c'est son premier traitement sous mesures judiciaires. Sa famille a fait pression pour qu'il intègre le traitement (en ne payant pas sa caution). Il a des enfants.

Tableau 4

Informations supplémentaires sur chacun des participants (suite)

Nom	Âge ($M = 34$)	Informations
Pier	36	Plusieurs antécédents dont : possession de stupéfiants, conduite avec les facultés affaiblies et voies de fait envers son ex-conjointe et fausse accusation (selon lui) de harcèlement envers elle. C'est son premier traitement sous mesures judiciaires. Il a un enfant.
Bruno	37	Ses délits sont reliés à la violence. Il a des problèmes d'alcool depuis 22 ans. C'est son sixième traitement et ce n'est pas le premier sous mesures judiciaires. Il affirme que c'est le dernier qu'il fait, si ça ne fonctionne pas, il abandonne. Il a des enfants.
Zac	40	Il termine son traitement dans environ une semaine. Ses délits sont liés à de la violence conjugale (voies de fait, harcèlement). Il a des enfants et est en cour pour leur garde. C'est son deuxième traitement.
Mario	40	Ses antécédents judiciaires sont principalement des vols. Il aurait des problèmes de consommation depuis environ un an, mais son principal problème est de voler. C'est son premier traitement. Il est d'une origine culturelle différente.
Guy	41	Il s'est retrouvé en détention pour trafic de stupéfiants. Il devra faire une réinsertion sociale de trois mois après le traitement (condition judiciaire). Il a des enfants. C'est son deuxième traitement sous mesures judiciaires.
Léo	46	Il est dans le milieu criminel depuis 1990. Il a des antécédents de trafic de stupéfiants et de délits violents. Il a des problèmes de consommation de SPA depuis 25 ans, mais dit que sa problématique principale est la violence. C'est le neuvième traitement qu'il fait.
Joey	49	Il a des antécédents judiciaires au niveau fédéral. C'est le premier traitement qu'il fait et il l'a intégré suite à sa dernière arrestation pour trafic de stupéfiants. Il aurait des problèmes de consommation de drogues et d'alcool depuis plus de 30 ans. Il a des enfants.

La description des centres de traitement

Pour permettre la transférabilité des résultats, mais également pour mieux les comprendre, une brève description de chacune des RHTJP est dressée (Mukamurera *et al.*, 2006).

D'abord, puisqu'il en sera souvent question dans la partie des résultats, quelques précisions sont données quant à la forme du suivi individuel offert dans ces centres. En effet, bien qu'elles offrent toutes un traitement de groupe, le suivi individuel diffère selon les centres. Dans deux des quatre centres, il y a des intervenants attitrés au suivi (IAS) des participants. Généralement, des rencontres régulières (p. ex. une fois par semaine, une fois aux deux semaines) sont planifiées entre ces derniers et les participants et font partie du programme de traitement. Les participants doivent se référer à leur IAS pour leur plan d'intervention et pour tout ce qui a trait à leur dossier. Pour les deux autres centres de traitement, des rencontres individuelles sont offertes aux participants au besoin et de manière ponctuelle, avec l'intervenant disponible à ce moment. Il n'y a pas de rencontre régulière planifiée avec un IAS. Bien qu'ils soient accompagnés par un ou des intervenants pour leur plan d'intervention, les participants peuvent se référer, au besoin et de manière non exclusive, à l'intervenant de leur choix dans l'équipe. Les détails pour chacun des centres sont présentés ci-dessous.

Le Centre de traitement des dépendances le Rucher

Le Centre de traitement des dépendances le Rucher se situe dans la région de Québec. C'est un centre de traitement mixte. La durée du programme est de six mois et celui-ci est divisé en cinq étapes. Des intervenants sont attirés à chacune des étapes du traitement. Selon la philosophie du centre, le groupe constitue un facteur positif et favorable au rétablissement de chacun de ses membres. Les résidents de ce centre n'ont pas d'IAS, mais des rencontres individuelles leur sont offertes au besoin et de façon ponctuelle. Le programme thérapeutique est basé sur une approche cognitive-comportementale et s'articule autour des principes de base de la psychothérapie émotive-rationnelle et de la thérapie de la réalité (Le Rucher, 2009).

La Maison Carignan

Cette RHTJP se situe dans la région de la Mauricie. C'est un centre de traitement mixte. Le programme régulier est de 25 semaines et est divisé en cinq étapes. Des intervenants sont attirés à chacune des étapes. Selon la philosophie du centre, le traitement en groupe est plus intéressant que le traitement individuel notamment parce qu'il permet aux résidents de partager leurs expériences, de faire des apprentissages et suscite l'espoir. Les participants de ce centre n'ont donc pas d'IAS. Toutefois, ils peuvent bénéficier de rencontres individuelles, au besoin que ce soit avec leur intervenant d'étape ou avec un autre membre de l'équipe d'intervention. La Maison Carignan utilise une approche de type cognitive comportementale (La Maison Carignan, 2016).

La Maison Jean-Lepage

Ce centre se situe dans la région de la Mauricie. C'est un centre de traitement pour hommes seulement et la majorité est sous mesures judiciaires. Le traitement est de 21 semaines (ou plus, selon les besoins) et est divisé en trois étapes, chacune ayant une durée de sept semaines. Pour la durée du traitement, les résidents ont un IAS. Donc, en plus des activités de groupe, des rencontres individuelles avec leur IAS sont régulièrement planifiées. Ils peuvent également en demander au besoin. Ce centre utilise une approche behavioriste et des interventions humaines et chaleureuses. Une approche directive est également omniprésente dans la structure du programme (horaire structuré, règlements ne laissant aucune ambiguïté, tâches et responsabilités quotidiennes, conséquences fermes pour le non-respect de la structure, etc.) (La Maison Jean-Lepage, 2014).

Le Pavillon de l'Assuétude

Ce centre se situe dans la région de la Mauricie. C'est un centre de traitement mixte. Le traitement est d'une durée de 13 semaines. Le programme s'articule autour de trois types d'activités structurées : les activités thérapeutiques, les ateliers thématiques et les activités de groupe de type « partage ». Pour la durée du traitement, les résidents ont un IAS. Ils ont des rencontres individuelles environ aux deux semaines avec lui (pour élaborer le plan d'intervention, discuter de sujets difficiles, faire le suivi, etc.). L'approche d'intervention se base sur les théories humanistes et cognitive-comportementales (Pavillon de l'Assuétude, 2012).

L'analyse des données

Plusieurs ouvrages détaillent les procédures et stratégies d'analyse de données qualitatives, mais elles sont souvent associées à des approches ou des traditions particulières (ethnographie, phénoménologie, théorisation ancrée, etc.). Or, certaines recherches ne sont pas spécifiquement étiquetées à l'une des traditions de recherche qualitative (Thomas, 2006) et c'est le cas de la présente étude. Bien qu'elle soit principalement inspirée de la phénoménologie, il s'est avéré difficile d'utiliser des procédures d'analyse uniquement issue de cette approche (p. ex. celle proposée par Giorgi, 1997). Toutefois, pour demeurer dans cet esprit et rester fidèle au cadre méthodologique précédemment décrit, l'analyse a suivi un procédé inductif, qui consiste, comme le définit Creswell (2013), à créer des catégories et des thèmes plus abstraits à partir des données factuelles (issues des entretiens). Le processus d'analyse inductif implique alors un travail d'aller-retour entre les données et ces thèmes jusqu'à l'obtention d'un ensemble complet et logique de thèmes.

Plus spécifiquement, ce sont les stratégies et procédures d'analyse proposées par Thomas (2006) qui ont été utilisées. Ce dernier a développé un ensemble de procédures bien détaillées et robustes n'étant pas associé à une approche unique de recherche qualitative ce qui répond exactement aux particularités de cette étude. L'analyse ayant été menée peut donc être qualifiée « d'analyse inductive générale » (Blais et Martineau, 2006; Thomas, 2006). Également, elle se rapproche sensiblement de « l'analyse thématique » proposée par Paillé et Mucchielli (2012). L'opération centrale, pour ces

deux types d'analyse étant la transformation du corpus de données en un certain nombre de thèmes (unités abstraites) qui représentent le phénomène étudié.

L'analyse s'est déroulée en différentes étapes basées sur celles proposées par Thomas (2006)¹⁰. La première fut de préparer les données brutes. Tous les entretiens ont été retranscrits (verbatim) à l'aide d'un logiciel de traitement de texte dans un format commun. En deuxième lieu, tous les verbatim ont fait l'objet d'une lecture attentive et approfondie jusqu'à ce qu'il soit possible d'avoir une vue d'ensemble des principaux thèmes ayant été évoqués par les participants. Une étiquette (quelques mots représentatifs) et une brève description ont été données à chacun de ces thèmes permettant ainsi la construction du premier arbre thématique. Après quoi, chaque extrait de verbatim ayant une signification précise (unités de sens) a été codé (associé) à un de ces thèmes. Tous les verbatim d'entretien ont été codifiés ainsi. Le logiciel N'Vivo 10 (QSR International, 2012) dédié à l'analyse de données qualitatives a été utilisé pour effectuer la codification.

Pour rendre l'analyse plus rigoureuse, la méthode de « la vérification de la clarté des catégories », aussi proposée par Thomas (2006), a été utilisée. Suite à la codification de trois entretiens, deux chercheurs ont été invités à codifier chacun de leur côté une portion de ces entretiens avec le même arbre thématique. Le but était d'évaluer la correspondance entre leur codification et la codification initiale pour vérifier si les

¹⁰ L'article de Blais et Martineau (2006) a également servi de référence pour décrire les étapes puisqu'il est en quelque sorte une traduction française de l'article de Thomas (2006).

thèmes étaient bien définis (que tous avaient attribué les mêmes thèmes aux mêmes extraits). Certains thèmes ont dû être modifiés et précisés suite à cette vérification avant de poursuivre la codification des autres entretiens.

L'arbre thématique final s'est donc construit de façon itérative tout au long de l'analyse, de la lecture attentive des entretiens jusqu'à la fin de la codification : la description des thèmes a évolué, des sous-termes ont émergé, des thèmes ont été regroupés, divisés, ajoutés et retirés. Des efforts ont été faits pour que ces thèmes atteignent un bon niveau d'abstraction (qu'ils ne soient pas seulement intelligibles dans le cas particulier) afin d'assurer la transférabilité des résultats (Mukamurera *et al.*, 2006).

Résultats

Les résultats sont présentés en trois différentes sections, chacune d'elles visant à répondre à une des trois questions de recherche. La première est consacrée aux résultats liés aux motivations des participants à effectuer un traitement et à traiter leur dépendance. Quant à la seconde section, elle concerne l'établissement et le maintien de l'AT selon les trois dimensions du modèle de Bordin (1979). Cette section est donc elle-même subdivisée selon chacune des dimensions de ce modèle : l'accord sur les objectifs, les tâches et le lien affectif. Procéder ainsi permet de voir comment se traduit le modèle théorique de l'AT dans ce contexte de traitement. Finalement, la dernière section se consacre à la troisième question de recherche et porte essentiellement sur les facteurs perçus comme étant favorables ou nuisibles au développement de l'AT.

Section 1 : Motivations des participants

L'examen attentif du discours des participants permet de faire la distinction entre leurs motivations au traitement et au changement. En effet, les raisons évoquées par les participants pour changer leurs habitudes de consommation ne sont pas nécessairement les mêmes que celles pour intégrer un traitement.

La motivation au traitement : pourquoi suivre un traitement?

En raison des démêlés judiciaires. Tous les participants rencontrés sont en traitement sous des mesures judiciaires et il semble que l'arrestation ou le processus

judiciaire l'ayant suivi (la cour, la détention, etc.) aient été des éléments déclencheurs de la demande de services. La majorité n'aurait jamais intégré une RHTJP en l'absence de démêlés avec la justice. À ce titre, les réponses offertes par Léo et Jason, à la question : « Pourquoi avoir intégré le centre de traitement à ce moment? » sont évocatrices :

Bien, c'est parce que je me suis fait arrêter, j'ai eu une charge de voies de fait avec menaces. Puis j'ai dit : « C'est le temps que j'arrête ».

Léo, 46 ans¹¹

Je pense que de passer par la cour, ça a été le coup de pied dans le cul pour m'en venir ici.

Jason, 20 ans

Dans le même ordre d'idées, pour d'autres, la motivation à amorcer un traitement fut déclenchée par l'entrée dans le processus judiciaire, mais plus précisément parce que l'arrestation ou l'incarcération crée un moment opportun. En effet, certains participants expliquent qu'il est difficile de trouver le temps d'entreprendre un traitement long terme considérant leurs différentes obligations comme le travail et la famille. Donc, pour eux, l'arrestation ou l'incarcération leur a offert une fenêtre d'opportunité, puisque de toute manière, leurs obligations extérieures sont en suspens.

J'étais tanné puis je ne savais pas puis je ne trouvais pas le temps, fallait je travaille, j'avais des affaires à payer, je voulais faire des cours, je ne trouvais pas le temps fait que quand je me suis fait arrêter pour venir... Puis après ça j'ai su que je pouvais aller en thérapie bien j'ai sauté sur l'occasion j'ai dit : « je veux y aller ».

Tom, 26 ans

¹¹ Les extraits présentés ont été édités sans modifier le sens des propos des participants pour faciliter la lecture et éviter d'éventuels jugements quant au niveau de langage utilisé par les participants.

L'ensemble des participants affirme ne pas se sentir contraint à faire le traitement et se dit volontaire. En effet, même si l'élément déclencheur à leur demande est lié aux démêlés judiciaires, ils affirment être en traitement par choix.

[...] On ne me forçait pas à venir. À quelque part, on fait notre propre cheminement. Ce n'est pas la justice qui te dit « tu t'en vas là » [...] On l'a demandé. On a fait la demande. [...] C'est vraiment nous qui l'avons demandé.

Mario, 40 ans

Néanmoins, la perception de faire un choix ne reflète peut-être pas la réalité objective. En effet, il faut se rappeler que la majorité d'entre eux n'auraient jamais intégré le traitement sans démêlés avec la justice et que s'ils n'avaient pas fait le choix du traitement, la plupart seraient en détention. À cet effet, l'évitement de la prison est nommé comme motivation. Ils estiment, entre autres, que la prison n'est pas un endroit où ils pourront évoluer, certains croient même qu'elle les rendra « pires ».

C'était pour sortir de prison parce que je sais qu'en prison ce n'est pas là que j'avance, je ressors puis je suis pareil comme j'étais ou bien pire. [...] si je veux reprendre ma vie en main, ce n'est pas en étant en prison que je vais m'aider. [...] En prison, ce n'est pas là vraiment qu'on parle de nos problèmes. [...] Tu fermes ta gueule, tu fais ton chiffre.

Sacha, 24 ans

Donc, « tant qu'à être en détention » et « perdre leur temps », le traitement est préféré. Bien que d'un œil extérieur ce choix ne semble pas libre de toute contrainte, les participants, eux, ont la réelle perception de faire un choix.

Tant qu'à être ici ou aller en prison, je vais venir ici. Je vais apprendre à gérer mes affaires, puis je vais être capable de ressortir [...].

Jason, 20 ans

Comme quand je dis « une alternative à la prison », c'est : « ou bien tu fais ton temps puis tu n'apprends rien ou bien, tu viens ici, puis tu apprends quelque chose ».

Mario, 40 ans

Qui plus est, certains participants ajoutent bénéficier de certains avantages à choisir l'option du traitement qui, n'ont rien à voir avec les bienfaits thérapeutiques ou la mission des RHTJP. Ces avantages évoqués se rapportent à l'amélioration de leur dossier judiciaire (pour éventuellement obtenir une diminution de leur peine) et à des conditions de remises en liberté moins restrictives.

Ouais, ça aide à mon dossier. C'est sûr que le juge il le prend en considération [...] Mais oui c'est sûr que ça aide : « est-ce que je vais faire de la prison après? Vais-je ne pas en faire? » Je ne le sais pas, mais oui ça aide, mais c'est pour moi aussi que je le fais.

Sacha, 24 ans

D'autre part, le fait d'avoir plus de liberté en centre de traitement et celui d'avoir droit à des sorties plus rapidement sont évoqués comme motivation.

C'est sûr que tu es mieux ici qu'en prison. Tu es plus libre. En prison, tu es enfermé.

Zac, 40 ans

Même si la majorité évoque ce type de bénéfices, ce sont des motivations parmi plusieurs autres. En effet, les participants sont aussi motivés au traitement pour les bienfaits thérapeutiques qu'ils pensent pouvoir en retirer. Ces bienfaits sont détaillés dans le segment suivant. Il faut par ailleurs préciser qu'environ la moitié d'entre eux « allongent leur peine » en choisissant de faire un traitement.

Au lieu d'avoir trois mois de sentence en détention, j'ai choisi de faire cinq mois ici en thérapie. Ce n'est pas pour sauver du temps¹², c'est pour sauver ma vie.

Léo, 46 ans

Pour les bienfaits thérapeutiques. Bien que la majorité n'aurait jamais intégré une RHTJP en l'absence de démêlés avec la justice, tous les participants expriment des motivations reliées aux bienfaits thérapeutiques qu'ils retireront du traitement. Ils désirent obtenir de l'aide pour se rétablir. Ainsi, sans surprise, un des bienfaits mentionnés par un peu plus de la moitié d'entre eux est l'arrêt de la consommation.

J'ai souvent essayé d'arrêter par moi-même, mais je n'ai jamais été capable. Je me suis dit : « ça me prend de l'aide ». Puis, j'ai décidé de venir ici.

Carl, 34 ans

Pour d'autres, les bienfaits thérapeutiques attendus se rapportent à la connaissance de soi. Ils veulent mieux se connaître et arriver à s'accepter comme ils sont. Ils désirent comprendre pourquoi ils ont des comportements problématiques.

¹² « Sauver du temps » est une expression souvent employée par les participants qui signifie faire un traitement pour éviter ou diminuer une peine de détention.

Apprendre à me connaître, à m'accepter comme je suis puis arrêter de tout le temps aller voir ce que les autres pensent de moi. C'est pour ça que je suis ici, mes motivations c'est ça.

Adrien, 24 ans

[...] une thérapie, regarde, il faut que je me sorte de ça, faut que j'aie vu pourquoi j'ai recommencé à consommer puis pourquoi.

Joey, 49 ans

D'autres sont motivés par les différents apprentissages qu'ils feront dans le cadre du traitement pour atteindre un bien-être, avoir une vie saine et stable. Généralement, ils désirent avoir des outils et apprendre à gérer leurs émotions et à bien communiquer.

Ma motivation c'est de m'en sortir, d'arrêter de consommer toutes sortes de cochonneries. [...] d'apprendre à pouvoir gérer mes émotions, puis dans le fond, être capable d'être en société, puis d'apprendre à me gérer moi-même.

Jason, 20 ans

Finalement, si les participants sont motivés à suivre un traitement, c'est principalement parce qu'ils sont confiants que le traitement dans lequel ils s'impliquent sera efficace. Cette confiance s'explique entre autres parce que le traitement a déjà fonctionné pour une personne qu'ils connaissent ou parce qu'ils ont l'impression que le mode de fonctionnement du centre correspond à leurs besoins.

Il y en a plein qui entrent ici en thérapie qui disent : « ah moi je suis ici pour sauver du temps » puis à la fin, finalement, ça change bien gros pareil. [...] il y a un de mes amis [...] C'est un gars que tu dirais : « il ne se sortira jamais de ça »

puis « check », il est sorti d'ici, il était fier [...] il me la dit : « au début je n'étais pas ici pour ça, j'étais ici parce que je suis sous libération conditionnelle, mais « check » ça m'a aidé. Si ça m'a aidé, tu es capable de t'aider ».

Adrien, 24 ans

La motivation au changement : pourquoi changer ses habitudes de consommation?

Deux principales tendances se dégagent de l'analyse du discours des participants en regard de leurs motivations au changement. Dans un premier temps, les participants discutent de leurs motivations à changer en fonction de leur passé, plus particulièrement en regard des lourdes conséquences provoquées par leur consommation. De l'autre côté, ils en discutent en fonction de leur futur. Leur désir de changer est motivé par ce qu'ils aimeraient faire et devenir. Pour chacune de ces tendances, les principales motivations évoquées sont présentées.

Le poids du passé. Plus de la moitié des participants discutent de leurs regrets par rapport à leur famille. Tout d'abord, leur consommation de SPA a fait en sorte qu'ils ont été absents pour leurs parents, leurs femmes ou leurs enfants. Certains ont même totalement perdu le contact avec leur fratrie.

Parce que pour moi, j'ai perdu mes enfants, j'ai perdu ma femme... c'était comme : « je n'ai plus rien dans la vie ». Je suis qui moi, je suis qui moi? Je ne savais même plus j'étais qui.

Adrien, 24 ans

Plusieurs ont des regrets surtout par rapport à leurs enfants. Ils faisaient peu d'activités avec eux parce qu'ils étaient soit en détention, fatigués par la

consommation ou simplement à l'extérieur de la maison pour consommer et « faire le party ».

Parce que je ne l'ai jamais négligée [sa fille], mais en consommation, veux, veux pas ça ne te tente pas tout le temps à 8 h du matin de t'habiller puis d'aller jouer dehors en plein hiver. [...] mais les activités... je m'arrangeais pour : « ah non, il ne fait pas trop beau, il fait frette, on va écouter un film à la place », puis, écrasé sur le divan. J'étais moins actif. Puis, j'ai décidé que ça en était assez.

Pier, 36 ans

Les problèmes conjugaux sont également évoqués. Certains décrivent des relations malsaines avec leurs conjointes, lesquelles étaient empreintes de violence psychologique et physique.

[...] ma blonde me traitait de soucoupe, de si... de pas bon [...] J'étais rendu soumis, puis j'étais trop gelé, je n'étais pas capable de prendre une décision.

Alex, 35 ans

Il y a eu de la violence conjugale. [...] Bien dans le fond, moi j'ai décidé ça parce qu'avec ma conjointe ça allait un peu mal puis dans le fond j'avais des difficultés à bien fonctionner. [...] côté calme puis patience, je voyais que je perdais de la patience [...]

James, 30 ans

De la même façon, les participants évoquent de nombreuses pertes matérielles. La consommation leur a fait perdre notamment de l'argent, mais aussi, pour certains, leur voiture, leur emploi et leur domicile.

J'ai perdu ma maison, j'ai perdu mon char, ma job, j'ai tout perdu. Je gagnais 100 000 par année, deux ans après : une faillite.

Zac, 40 ans

D'autres soulignent les problèmes de santé mentale et de santé physique engendrés par la consommation. Les participants expriment à quel point leur état mental était détérioré au moment de l'entrée en traitement. Les idéations suicidaires, la dépendance, les pensées négatives et l'incapacité de se sentir heureux sont typiquement exprimées.

[...] Je n'ai jamais touché le bas fond autant que ça. Quand tu dis qu'un gars peut tout avoir, mais qu'il est malheureux comme dix, puis qu'il n'y a rien qui va bien, c'est ça.

Jules, 26 ans

Quant à leur état physique, des problèmes cognitifs, de dentition et le manque de sommeil sont soulignés.

Je n'aurais pas vécu encore longtemps comme ça. Parce que je faisais juste consommer. À la fin, je travaillais 40 heures semaine puis je ne dormais plus. J'étais 24 heures sur 24 debout. [...] Je dormais à peu près cinq, six heures par semaine.

Zac, 40 ans

Finalement, certains estiment que la commission d'actes criminels est une conséquence de leur consommation, et c'est ce qui les motive à vouloir cesser ou diminuer la prise de SPA.

[...] je le savais que mes problèmes judiciaires étaient causés par la consommation puis c'est là que je me suis dit dans ma tête : « c'est assez, c'est le temps que je change ».

Carl, 34 ans

Qui plus est, l'accumulation des problèmes judiciaires en lien avec ces actes criminels commis est une autre conséquence importante qui les pousse à changer.

[...] C'était mon troisième bris de condition. Parce que je m'étais fait arrêter genre deux, trois mois avant, avec de la consommation sur moi. [...] Quand je suis arrivé en prison, je ne le sais pas, il y a comme un déclic qui s'est fait. C'est ici, c'est assez, j'arrête de consommer.

Pier, 36 ans

Regard vers le futur. Parallèlement aux motivations évoquées reliées aux conséquences passées, les participants parlent de leurs motivations à changer en fonction de leurs désirs pour l'avenir.

La motivation la plus fréquemment exprimée est reliée à la famille, particulièrement aux enfants. Les participants aspirent à une belle vie de famille, ils veulent pouvoir s'amuser avec leurs enfants, souhaitent que ces derniers grandissent dans un environnement sain et, pour certains, veulent en reprendre la garde. Ceux qui n'ont pas d'enfants soulignent tout de même le désir de changer pour pouvoir fonder une famille.

[...] Puis je ne veux pas que mes enfants me voient saoul. Je veux être avec eux autres à jeun. Je ne veux pas être saoul. [...]

Bruno, 37 ans

Être abstinent, ça va m'apporter un meilleur réseau social, un meilleur lien avec ma famille parce que j'ai vraiment une bonne famille. Après ça, si je veux retomber en amour avec une fille, fonder ma famille à moi, ça va m'apporter ça [...].

Sacha, 24 ans

Le désir de rencontrer une femme, d'être aimé à nouveau et de former un couple sain est également une motivation pour certains.

J'en veux une femme qui m'aime. J'en veux une famille... Qui va bien.

Alex, 35 ans

Les participants désirent renouer avec leurs proches (parents, grands-parents, amis) et améliorer leur relation avec eux. Certains affirment avoir le désir que leurs proches soient fiers d'eux et ainsi regagner leur confiance.

Fait que s'il y a bien gros une source de motivation aussi... j'ai 26 ans, mais mes grands-parents s'en viennent vieux puis je veux qu'ils voient ce que je veux puis ce que je vais devenir.

Jules, 26 ans

D'autre part, les participants sont motivés à changer par leur volonté de retrouver le bien-être et une bonne santé que ce soit au niveau mental, émotionnel ou physique.

[...] ma forme, ma santé. Mes pensées négatives ne seront plus là.

Zac, 40 ans

Finalement, la majorité des participants ont la volonté de changer puisqu'ils désirent retrouver un bon emploi, qu'ils aimeront et, bien entendu, améliorer leur situation financière.

[...] ça va m'apporter une job que je vais garder puis que je vais aimer plus que subir, que je vais choisir plus que subir. Je vais avoir de l'argent sur moi [...].

Sacha, 24 ans

En terminant, bien que ce soit un cas d'exception, il apparaît important de souligner qu'un participant, Mario, n'exprime aucune motivation à changer. Les extraits répertoriés dans son discours se rapportent uniquement à sa motivation de faire un traitement.

Section 2 : L'alliance thérapeutique en trois dimensions

Cette seconde section répond à la deuxième question de recherche : comment se traduit le modèle de l'AT dans ce contexte de traitement? Les résultats présentés détaillent donc les principaux thèmes abordés par les participants pour chaque dimension du modèle théorique de l'AT de Bordin (1979) : l'accord sur les objectifs, les tâches et le lien affectif.

La première dimension : accord sur les objectifs

L'accord sur les objectifs de traitement, rappelons-le, réfère à l'accord mutuel entre l'intervenant et le client sur les objectifs du traitement. Les propos des participants à ce sujet sont donc d'abord rapportés. De même, les propos des participants quant à la collaboration avec les intervenants autour du choix de ces objectifs, sont également présentés.

L'accord mutuel sur les objectifs. L'analyse du discours dénote que la majorité ($n = 13$) des participants exprime être pleinement en accord avec les objectifs de traitement établis avec leur intervenant ou l'équipe d'intervenants et ils ont également l'impression que les intervenants sont en accord avec ces objectifs.

Dans mon cas, il y a un bon accord... je ne vois pas qu'il¹³ [intervenant] m'en demande plus puis je ne vois pas qu'il m'en demande moins. Je ne le vois pas. On voit la même chose.

Zac, 40 ans

Guy et Jason, deux participants ayant pour objectif la consommation d'alcool occasionnelle (boire contrôlé), se sentent à l'aise de le mentionner à l'intervenant malgré la politique d'abstinence prônée par le centre. Ainsi, les objectifs mis en place correspondent à leur réel désir. Néanmoins, un autre participant, Carl, bien qu'il soit aujourd'hui pleinement en accord et à l'aise avec les objectifs de son plan

¹³ Pour tout le personnel des centres à qui les participants réfèrent, le masculin est utilisé afin d'uniformiser le texte et de préserver la confidentialité.

d'intervention, affirme avoir pris plusieurs semaines avant de voir la pertinence et d'être en accord avec l'objectif d'abstinence.

Au début de tout je me disais bon, « je suis ici pour la drogue je vais arrêter de consommer de la drogue, il n'y a personne qui va m'arrêter de prendre une bière en finissant de travailler », mais c'est mon intervenant qui m'a fait comprendre que ça pouvait être un problème [...].

Carl, 34 ans

Le temps a donc permis à Carl de connaître son intervenant, d'apprendre à lui faire confiance et ainsi de s'ouvrir à ses conseils. Pour cette raison, aujourd'hui, il se dit en accord avec l'objectif d'abstinence de son plan de traitement.

Seuls deux participants, Jules et Mario, expriment être en désaccord avec les objectifs établis. Ces deux participants suivent un traitement dans le même centre et leurs cas semblent particuliers puisque, comme il sera décrit dans le segment suivant (la place de la collaboration dans le choix des objectifs), ils affirment avoir eu peu de soutien des intervenants pour décider de leurs objectifs. Comme il s'exprime peu, Jules affirme ne pas avoir mentionné aux intervenants son désir de poursuivre la consommation d'alcool de manière occasionnelle. Cet objectif « caché » est donc ce qui semble faire entrave à un accord mutuel entre lui et les intervenants.

Je te dirais que, c'est sûr, dans un sens... je ne leur dis pas... Je n'en ai pas encore parlé de ça réellement.

Jules, 26 ans

Quant à Mario, le désaccord semble provenir d'une vision divergente entre lui et les intervenants au sujet de ses difficultés. Il fait l'hypothèse que son origine culturelle est la cause de ce désaccord. Il sent que les intervenants veulent le convaincre qu'il a des comportements négatifs, comme la malhonnêteté et l'arrogance, et qu'il doit tenter de travailler sur ceux-ci. Comme il ne se reconnaît pas dans ces observations, il ne peut y avoir d'accord sur les objectifs.

Moi, je n'ai pas de problème qu'on me dise « Hey! Tu es arrogant » [...] Puis si je suis arrogant, je vais l'assumer. Mais si je ne le suis pas... Me coller des étiquettes que je n'ai pas... C'est plus difficile. [...] Forcer le monde à reconnaître des choses qu'ils ne sont pas. Ce n'est pas ça aider quelqu'un.

Mario, 40 ans

La place de la collaboration dans le choix des objectifs. Sachant maintenant que la majorité des participants perçoivent un accord mutuel avec les intervenants quant à leurs objectifs de traitement, la collaboration est maintenant abordée puisqu'elle est centrale dans la compréhension de l'AT. Théoriquement, le pouvoir et l'implication quant au choix des objectifs de traitement devraient être partagés entre le client et l'intervenant. Ainsi, comment les participants ont-ils collaboré avec les intervenants pour arriver ou non à cet accord mutuel? Y a-t'il vraiment eu collaboration autour du choix des objectifs? L'intervenant s'est-il impliqué dans la démarche? À quel point? Les résultats montrent que la collaboration prend différentes formes. Certaines tendances se dessinent dans le discours des participants et peuvent se résumer en trois principaux styles collaboratifs. La Figure 2 illustre ces styles et les situe selon le niveau de

collaboration entre l'intervenant et le participant, ainsi que sur le niveau d'implication de l'intervenant dans l'élaboration des objectifs.

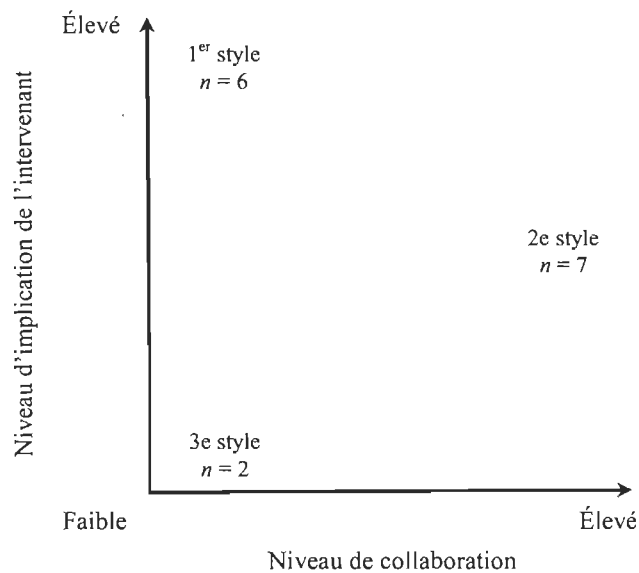


Figure 2. Perception des participants de la collaboration avec l'intervenant dans le choix des objectifs de traitement.

Le 1^{er} style : Collaboration faible et implication de l'intervenant élevée.

Quelques participants accordent beaucoup de crédibilité aux intervenants et placent ces derniers en position d'experts. La collaboration apparaît alors plus faible puisque l'intervenant semble être celui qui choisit les objectifs.

Non. Ce n'est pas partagé du tout. Moi, je lui fais totalement confiance. [...] Ce qu'il va me dire de travailler, je vais le travailler. Ok. Je ne suis pas là pour juger de sa compétence. S'il me dit « Fais ça. » Je vais le faire. [Et, en cas de désaccord?] Je vais prendre mon pas de recul puis je vais le faire pareil. [...] Il est qualifié pour ça, c'est sa job. S'il me demande de faire ça, c'est pour une raison.

Alex, 35 ans

Donc, Alex va travailler les objectifs que son intervenant lui dit de travailler. Les autres participants tiennent un discours semblable, mais apportent certaines nuances. En effet, bien qu'ils accordent aussi beaucoup de crédibilité aux intervenants, ils soulignent qu'ils ont l'impression d'avoir le choix d'accepter ou de refuser les objectifs proposés et se permettent de le faire. Néanmoins, ce sont les intervenants qui font d'abord le choix des objectifs.

Puis quand qu'on entre ici, on fait notre plan de vie... Qu'est-ce qu'on est, qu'est-ce qu'on a fait dans notre vie pour qu'ils nous connaissent un peu puis ton premier plan d'intervention il [intervenant] le voit avec ça. [...] Puis, il te fait signer un papier. Il te suggère dans le fond. Telle affaire, telle affaire, tu l'acceptes-tu? « Oui », là tu signes.

Zac, 40 ans

Donc, selon ce premier style collaboratif, sans exclure l'avis des participants, c'est l'intervenant qui semble être le plus impliqué, le plus actif dans le choix des objectifs de traitement des participants.

Le 2^e style : Collaboration élevée et implication de l'intervenant modérée. Dans cette deuxième catégorie, le pouvoir semble davantage partagé entre l'intervenant et le client. La collaboration apparaît alors plus élevée. En effet, certains participants rapportent être impliqués autant que les intervenants dans le choix de leurs objectifs. Les participants sont amenés à exprimer leurs besoins et à nommer les objectifs qu'ils aimeraient atteindre en cours de traitement. Par la suite, les intervenants aident à diriger, clarifier, mettre en mots leurs désirs ou proposent parfois des alternatives ou donnent des conseils à partir de ce que les participants ont exprimé.

On discute avec lui [intervenant], [...] puis, c'est nous autres qui choisit vraiment nos points à travailler. Il nous aide un peu, il nous éclaire. Parce que veux, veux pas, il connaît ça un peu fait qu'il vient chercher les bons mots dans ce qu'on dit.

James, 30 ans

D'autre part, l'importance du lien de confiance est soulevée par certains participants des deux premiers styles collaboratifs. En effet, il semble que l'établissement d'un lien soit un préalable à la collaboration avec les intervenants pour le choix des objectifs.

J'ai établi un lien de confiance puis après ça c'est correct. [...] C'est ça. Il faut que je fasse confiance avant de jaser vraiment des problèmes.

Adrien, 24 ans

Soulignons, avant de présenter le troisième style de collaboration, que tous les participants du premier et du deuxième style ($n = 13$) ont des propos positifs et semblent avoir une appréciation élevée de la collaboration avec les intervenants autour du choix de leurs objectifs. En effet, même si, dans certains cas, la collaboration n'est pas toujours élevée et que l'intervenant apparaît plus impliqué, les participants apprécient cette façon de faire.

Le 3^e style : Collaboration et implication de l'intervenant faibles. Dans cette dernière catégorie, le choix des objectifs semble remis entre les mains des participants, les intervenants prenant une part moins active dans le choix. En conséquence, la collaboration apparaît moins élevée que dans le deuxième style. Les propos de deux

participants s'inscrivent dans cette catégorie. Le premier, Jules, qui en est à sa cinquième thérapie, explique qu'il a élaboré ses objectifs seul puisqu'il a une très bonne connaissance de sa problématique étant donné ses antécédents de traitement. L'intervenant semble donc s'être peu impliqué considérant que Jules a assez d'aptitude pour le faire.

[...] en arrivant ici, au nombre de thérapies que j'ai faites... Les contenus, je les sais quasiment par cœur... Pas par cœur, mais, je les ai revus une couple de fois. Mais, pour quelqu'un que c'est sa première thérapie qui arriverait ici c'est sûr qu'ils [intervenants] leur diraient plus quoi travailler puis quoi faire [...]. Moi c'est que j'ai un bon bagage.

Jules, 26 ans

Quant à l'autre participant, Mario, il affirme avoir d'abord écrit ses objectifs pour ensuite les présenter à l'intervenant. Après en avoir pris connaissance, l'intervenant les a reformulés en mots qui sont conformes pour un plan d'intervention sans toutefois donner son avis ou proposer des alternatives.

Non, mais on fait notre propre thérapie ici. [...] Il n'y a pas personne qui m'a rencontré qui m'a dit « Tu devrais faire ça à la place. Tu devrais travailler ça à la place. Ce serait important que... [...], etc. ». Je n'ai pas eu ça. Fait que c'est un manque.

Mario, 40 ans

Ainsi, dans ce dernier style collaboratif, les intervenants sont très peu impliqués dans le choix des objectifs et la collaboration est faible. De plus, elle n'est pas appréciée par Mario comme le montrent ses propos précédents (« Fait que c'est un manque »). Néanmoins, pour ce qui est de Jules, bien qu'il s'exprime peu, il ne manifeste pas

ouvertement d'insatisfaction du fait d'avoir élaboré ses objectifs seul contrairement à Mario.

La deuxième dimension : les tâches

Les résultats présentés dans cette portion concernent spécifiquement la deuxième dimension du modèle de l'AT de Bordin (1979), soit celle des tâches. Cette dimension réfère, rappelons-le, aux moyens d'intervention et aux activités qui sont réalisés dans le cadre du traitement sur lesquels le client et l'intervenant s'engagent en vue d'atteindre les objectifs établis.¹⁴

La place de la collaboration dans le choix des tâches. La collaboration a été abordée dans la portion précédente portant sur la dimension des objectifs et elle est également abordée ici. En effet, la définition de l'AT selon Bordin (1979) implique la notion de collaboration entre le client et l'intervenant autour des objectifs de changement, mais également autour des tâches qui devront être réalisées pour atteindre ces objectifs.

Le principal constat qui émerge de l'analyse du discours des participants est qu'il y a une grande divergence en ce qui a trait à la collaboration, selon que le participant ait un IAS ou non.

¹⁴ Le terme « moyen » sera aussi utilisé puisque c'est celui qu'emploient les participants pour référer aux tâches. Ainsi, dans le cadre de ce mémoire, les termes « moyen » et « tâche » doivent être considérés comme des synonymes.

En premier lieu, les participants ayant un IAS décident des tâches à prendre pour atteindre leurs objectifs avec leur intervenant. Il y a donc une collaboration à travers laquelle les participants s'engagent à accomplir certaines tâches. Cette collaboration apparaît généralement élevée. Les participants rapportent que les tâches sont décidées « en équipe », le participant étant tout aussi impliqué que l'intervenant. Les intervenants suggèrent des moyens, mais n'imposent rien.

[...] il [intervenant] ne m'impose pas ses choix. Si je ne suis pas d'accord, je vais lui amener mon point puis des fois on trouve un terrain d'entente puis souvent je me rends compte qu'il a raison ou que c'est moi qui ai raison, mais il ne m'impose pas rien.

Carl, 34 ans

D'autres, bien qu'ils estiment que leur avis est pris en compte, préfèrent appliquer systématiquement les moyens suggérés par les intervenants.

En fait oui, j'ai mon avis à dire, mais ils [intervenants] savent ce qu'ils font. J'ai tendance à fermer ma gueule puis à faire ce qui disent puis à fin je me dis : « criss, c'est vrai que ça marche, ils avaient raison »

Tom, 26 ans

Dans le même ordre d'idées, pour certains, bien que les moyens suggérés par les intervenants représentent un défi et les sortent de leur zone de confort, ils tiennent à mettre les efforts nécessaires puisqu'ils ont confiance qu'ils en retireront des bénéfices à long terme.

Des fois, tu dis : « ouain, il m'en demande gros », mais, ce n'est pas pour rien. Quand tu commences à le faire, tu vois que c'est ton changement que tu fais toi aussi. Parce que si tu n'essaies pas dans la vie tu n'auras rien.

Zac, 40 ans

Donc, certains semblent apprécier que les intervenants les amènent à repousser leurs limites. Finalement, d'autres soulignent qu'ils apprécient la méthode essais-erreurs. Ils mettent en pratique des moyens et si cela ne fonctionne pas, conviennent d'autres moyens avec leur intervenant.

Il [intervenant] me suggère des choses puis moi, je dis : « Oui, ça, je vais essayer de travailler ça de même. » Si je vois que ça ne marche pas, je vais le voir [...]. Il me trouve autre chose. Moi, je prends ça de même... On y va avec le système essai-erreur.

Léo, 46 ans

Par ailleurs, l'analyse du discours des participants n'ayant pas d'IAS est plus ardue et il est difficile d'arriver à des conclusions claires. D'abord, les propos de ces participants sont parfois confus. Le fonctionnement pour établir les tâches n'est pas toujours décrit de la même façon, et ce, même si les participants sont du même centre de traitement. À titre d'exemple, voici les propos de James et Guy, qui proviennent du même centre de traitement, quant à la façon de faire pour déterminer les tâches.

Ouais. C'est tout nous autres qui avons choisi ça [tâches] pas mal. Mais il [intervenant] dit comment... il a un peu dissous le tout, mais c'est pas mal nous autres qui choisissons tout.

James, 30 ans

On en parle en groupe. Un moment donné on peut être les 30 assis ensemble, [...] Il faut que tu marques cinq moyens concrets que tu pourrais faire si tu ne trouves pas tu lèves la main puis tout le monde t'aide à le trouver...

Guy, 41 ans

Il est donc difficile de tirer des conclusions quant à la collaboration avec l'intervenant puisque la démarche semble variable d'un cas à l'autre. Leur discours laisse entendre qu'ils choisissent parfois leurs tâches seuls alors que d'autre fois, il est question de la collaboration du groupe, de l'équipe d'intervenants ou d'un seul intervenant.

Néanmoins, peu importe comment et avec qui ils ont collaboré, généralement, les participants sentent qu'ils ont le contrôle des tâches dans lesquelles ils s'engagent.

Ouais, parce que c'est moi qui les [moyens] choisit dans le fond. [...] C'est moi qui les choisis dans une liste que j'ai choisie aussi. Fait que si je ne voulais pas les faire, si je n'étais pas d'accord avec ça, il y aurait un problème à quelque part.

James, 30 ans

Ils rapportent avoir le pouvoir de choisir, mais également la responsabilité de mettre ces tâches à exécution. Qu'ils se soient engagés à des tâches avec un intervenant, le groupe ou personnellement, c'est maintenant à eux de se mettre en action.

Puis tout le monde t'aide, tout le monde te conseille, puis c'est toi qui acceptes, ce n'est pas eux autres qui t'obligent à rien. Ça, c'est bien clair. Si tu ne le fais pas, c'est toi le pire.

Guy, 41 ans

Finalement, Mario est le seul participant mécontent de la collaboration et des tâches dans lesquelles il est engagé, ce qui est en cohérence avec le fait qu'il ne soit pas d'accord avec les objectifs établis. Il souligne de nouveau ne pas se sentir respecté dans ses valeurs culturelles.

C'est plus dur de partager. Il faut que je partage les choses que j'ai eues... Puis chez nous, on est plus renfermés. Par chez nous, ma mère ne va pas commencer à nous conter ses blessures. C'est comme ça. Je ne vais pas changer 200 ans de peuple, 200 ans d'une culture, d'un peuple, parce que je suis venu six mois ici. Je ne peux pas changer ça en claquant des doigts non plus.

Mario, 40 ans

L'engagement des intervenants. La dimension des tâches renvoie également à l'engagement de l'intervenant quant aux activités qui seront réalisées dans le cadre du traitement. Par conséquent, les deux parties impliquées dans la relation thérapeutique se voient attribuer des tâches et s'engagent à les réaliser pour atteindre les objectifs. Or, les propos des participants sont très limités à ce sujet. En effet, lorsque questionnés sur les tâches dans lesquelles s'engagent les intervenants dans le traitement, les participants élaborent peu. Ceux qui en parlent sont ceux qui ont un LAS ($n = 5$). Par exemple, Carl répond à la question, mais avec hésitation. De même, il ne semble pas faire référence à un engagement formel pris avec son intervenant.

Bien je pense qu'il s'engage à être à l'écoute. Quand que j'ai des problèmes ou quoi que ce soit, je vais le voir puis il est tout le temps là pour m'aider.

Carl, 34 ans

D'autre part, selon Jules, les intervenants s'engagent à des tâches plus formelles uniquement vers la fin du traitement.

Je te dirais que ça doit être plus vers la fin de la thérapie [...] ils doivent beaucoup faire des efforts, la personne décide de retourner à l'école, décide de faire ci, de faire ça... C'est là que l'intervenant va faire beaucoup de choses d'après moi.

Jules, 26 ans

Bien que cette question soit difficile à documenter, cela ne signifie pas que les intervenants « ne font rien » puisque les résultats subséquents présentent plusieurs comportements aidants des intervenants rapportés par les participants.

La troisième dimension : le lien affectif

Dans cette portion, il est question de la dernière dimension du modèle de Bordin (1979), laquelle fait appel à la portion affective de l'AT et réfère à la relation entre le client et l'intervenant.

La perception de la relation. Dans ce segment, les résultats présentés se rapportent à la description que font les participants de leur relation avec les intervenants. Bien que les participants aient été en contact quotidiennement avec les intervenants depuis au moins un mois, peuvent-ils affirmer qu'un lien affectif s'est développé? Comment qualifient-ils leur relation? Puisque la comparaison est difficile entre les participants qui ont un IAS et ceux qui n'en ont pas, les résultats sont présentés distinctement.

Les participants ayant un intervenant attiré au suivi. Tous ces participants considèrent entretenir une bonne relation avec leur intervenant, mais chacun apporte des nuances. Certains, dont Zac et Carl, semblent ne faire que très peu de distinction en ce qui concerne la profondeur de leur relation avec leur IAS comparativement à celle qu'ils ont avec les autres intervenants du centre.

[...] j'ai quand même développé une certaine amitié, une certaine confiance envers tout le groupe d'intervenants ça fait que si je changeais [d'intervenant] demain matin je pense que, ça ne me nuirait pas.

Carl, 34 ans

Pour les autres, l'IAS est préféré pour discuter de sujets plus personnels puisque la confiance est plus grande.

Je parle moins aux autres intervenants. Quand ils sont sur le plancher, je leur parle, mais je ne sais pas quoi dire dans le fond. [...] quand j'ai des questions, même si j'ai des questions le soir à poser, j'attends le lendemain. J'attends [nom de son intervenant] dans le fond.

Adrien, 24 ans

Deux participants rapportent avoir peu de contact avec certains intervenants, soit par timidité ou par incompatibilité de caractère.

Moi en tant que client ici j'ai de la misère à les [intervenants] approcher aussi. Je suis un peu timide puis j'ai de la misère [...]. Il y en a une que je n'ai pas de misère, mais il y en a d'autres que je ne suis pas capable.

Tom, 26 ans

Trois participants indiquent que leur relation avec les intervenants (IAS ou non) se rapproche d'une relation amicale, d'égal à égal, ce qui semble leur plaire.

[...] ici, sans que ce soit vraiment des amis, je me sens moins client puis eux autres intervenants. Puis on dirait que ça joue sur le moral. J'ai plus de facilité à les voir puis conter mes problèmes. Quand ça ne va pas, j'y vais puis [...] on est égal, on est sur le même stade.

Adrien, 24 ans

D'un autre côté, un participant décrit sa relation comme étant strictement professionnelle et évite de la comparer à une relation amicale.

Ici, ce sont toutes des relations professionnelles. [...] C'est une limite à ne pas franchir. Il n'y a pas d'amical, il n'y a pas de lien affectif ou quoi que ce soit... C'est strictement professionnel ici.

Léo, 46 ans

Par rapport aux femmes intervenantes, bien qu'il comprenne que ce soit une relation professionnelle, Tom souligne que certaines intervenantes sont « intéressantes ».

Je ne pense pas de la [IAS] revoir donc je ne veux pas me lier d'amitié... Puis, c'est sûr, il y en a une couple qui seraient intéressantes, mais... côté amoureux je veux dire... Mais ça ne se fera jamais. Mais non, je vois ça plus professionnel [...]

Tom, 26 ans

Quant à Alex, il dénonce le fait que plusieurs de ses confrères en traitement tombent amoureux de leur intervenante, ce qu'il voudrait personnellement éviter pour ne pas briser sa relation avec celle-ci.

[...] moi, je la vois comme une intervenante. Il y a beaucoup de monde ici qui tombe en amour tout de suite. Ça, ça pourrait briser, mais moi, je n'ai pas envie de tomber en amour avec [son IAS].

Alex, 35 ans

Les participants n'ayant pas d'intervenant attiré au suivi. Pour ces participants, le tableau apparaît légèrement différent. Plus de la moitié d'entre eux semblent n'entretenir qu'une relation « de base » avec les intervenants (salutations, discussions informelles, demandes quelconques, etc.). Un participant, Mario, nomme clairement qu'il ne sent aucune proximité avec les intervenants et qu'il ne se confie jamais, même en rencontre individuelle. Son discours n'est pas surprenant puisque Mario rapporte un certain mécontentement et peu de collaboration avec les intervenants pour les dimensions des objectifs et des tâches présentées précédemment.

C'est vraiment s'il y a un problème, tu vas le [intervenant] voir. Puis le trois quarts du temps, il est occupé, il te parle deux, trois minutes. Mais s'il y a un problème majeur... C'est sûr qu'il va être là. Mais je n'ai pas eu de problèmes majeurs. Alors je n'ai pas rencontré d'intervenant. [...] J'en vois un, une fois de temps en temps qui passe dans le couloir, je les vois tous, mais je vais dire « Bonjour », je vais dire « Salut. Ça va? » [...] On n'a pas de proximité avec eux autres.

Mario, 40 ans

Sans être aussi catégoriques, d'autres participants soulignent avoir peu de contact avec les intervenants.

Moi je ne vais pas souvent les rencontrer dans les bureaux. Ici, il faut que tu fasses des feuilles si tu veux les rencontrer. Moi, je trouve que j'ai assez de contenu de cours que... pas besoin d'aller rencontrer.

Bruno, 37 ans

Quant à ceux qui ont une plus grande proximité avec les intervenants, comme aucun n'est attiré de leur suivi, ils semblent en choisir certains pour se confier, plutôt que de s'ouvrir à l'ensemble des intervenants.

[...] c'est sûr qu'il y en a [intervenants] qui portent plus à confiance à aller parler que d'autres, ça dépend du caractère de la personne puis ça dépend des cas, mais pour moi, il y a du monde que j'ai plus de facilité à aller voir, qu'ils portent plus à confiance.

Sacha, 24 ans

Un autre participant, Guy, ajoute qu'il prend le temps de bien analyser les intervenants avant de choisir à qui se confier.

[...] je suis assis et j'analyse tout le monde. Je vois qui je peux aller voir, qui je ne peux pas aller voir, qui va être payant pour moi. [...] Lequel qui est rentable d'approcher.

Guy, 41 ans

Finalement, un participant rapporte se sentir à l'aise de se confier à plusieurs intervenants.

[...] j'ai un intervenant d'étape. En cinq semaines c'est lui qui me donne le cours. C'est sûr que pendant cette étape, c'est avec lui que je vais avoir plus de lien. [...] Mais reste que mon intervenant de première étape, je l'ai eu pendant cinq semaines aussi puis il est encore là si j'ai besoin de parler. [...] c'est pour ça qu'on vient à tous les connaître. D'un certain sens, ça se trouve à être tous nos intervenants.

James, 30 ans

La confiance accordée aux intervenants. Ce segment rapporte les propos des participants quant à la confiance accordée aux intervenants, puisqu'elle est nécessaire au développement du lien affectif. Les participants ont-ils la perception que les intervenants sont compétents et en mesure de les aider? Jusqu'à quel point se sentent-ils en confiance pour se dévoiler?

Les résultats obtenus montrent que par rapport aux autres, les participants ayant un IAS ont une plus grande confiance envers les compétences de leur intervenant. En effet, ils tiennent un discours sans ambiguïté et semblent convaincus que leur intervenant peut les aider à cheminer.

Il est là pour ça. Il a été formé pour ça. Je lui fais confiance à mon intervenant là-dessus.

Léo, 46 ans

D'ailleurs, comme présentés précédemment au sujet de la collaboration, certains participants adhèrent systématiquement aux objectifs proposés par les intervenants et appliquent assidûment les tâches suggérées parce qu'ils ont confiance en leur intervenant et leur accordent beaucoup de crédibilité.

Parce que moi je lui fais totalement confiance, il a de l'expérience aussi. Puis, depuis le début, tout ce qu'il m'a donné, ça a marché. C'est pour ça que j'ai tout le temps accepté tout ce qu'il me donne.

Zac, 40 ans

De plus, le fait que les intervenants aient chacun leur expertise semble mettre les participants en confiance. Les participants ont l'impression que leur IAS est choisi selon leurs difficultés, et ainsi ils l'estiment capable d'aider.

[...] j'ai réussi à avoir confiance en eux, puis sur ce qu'ils peuvent m'apporter, parce que, dans le fond [nom d'un intervenant], je ne sais pas c'est quoi sa spécialité, mais comme il y a [nom d'un autre intervenant] que c'est plus l'anxiété. Après ça [nom d'un autre intervenant], c'est plus le monde agressif. Dans le fond, ils ont tous un peu leur spécialité, puis je pense qu'ils ont tous de quoi à nous apporter.

Jason, 20 ans

Quant aux participants n'ayant pas d'IAS, ils affirment tous, sauf un (Mario), croire aux compétences des intervenants, mais ils semblent moins convaincus que les précédents. Leur discours est davantage nuancé.

Moi j'ai beaucoup de misère à faire confiance aux gens, c'est un des problèmes qui fait que c'est difficile de dire comment qu'ils peuvent m'aider à faire ça. Je pense qu'ils ont un bagage, veux, veux pas. Ils en ont vu d'autres fait que moi c'est ça qui me convainc. S'ils sont ici puis le monde dit que la thérapie elle fonctionne puis c'est une bonne thérapie, c'est que les intervenants doivent être compétents.

James, 30 ans

Dans le même sens, d'autres expliquent leur part personnelle importante dans l'atteinte des objectifs. Ils tendent à dire que leur réussite dépend davantage d'eux-mêmes que de la compétence des intervenants.

C'est sûr que si tu ne vas pas les [intervenants] voir, ils ne peuvent pas t'aider. Il faut vraiment que tu ailles vers eux autres. Premièrement, je ne sais pas s'ils sont

tous au courant de notre plan bleu [plan d'intervention]. Mais, c'est ça, il faut que tu ailles leur en parler puis il faut que tu te maintiennes les objectifs, à chaque étape. Cette étape-ci je vais régler ça puis ça...

Pier, 36 ans

Mario est le seul participant n'ayant pas confiance aux compétences des intervenants pour l'aider. Bien qu'il considère que les intervenants peuvent être compétents avec certains types de personnes et de problématiques, il ne les considère pas compétents pour sa propre situation.

Parce qu'il n'y en a pas eu assez de gens comme moi pour pouvoir dire « Ah! Ils en ont eu un, une fois de temps en temps, qui passe ici ». [...] Ils ne sont pas là. Ils sont là quand il y a « ça » comme problème. Là, ils sont là, puis ils vont t'aider. Ils vont t'aider à te calmer, mais je ne suis pas « ça ». Je n'ai pas « ça » comme problème.

Mario, 40 ans

D'autre part, même si Mario est le seul participant qui ne croit pas les intervenants peuvent l'aider, l'analyse du discours révèle que, dans certaines situations, quelques-uns ont de la difficulté à se confier aux intervenants. En effet, certains semblent « filtrer » les informations qu'ils dévoilent et évitent de se confier. C'est notamment le cas lorsqu'ils risquent des conséquences judiciaires (exemple : en cas de rechute de consommation ou d'écart de comportement).

[En cas de rechute de consommation d'alcool] J'attendrais de voir si je me fais pigner. [...], mais si jamais ça serait vraiment une problématique dans ma vie, ça m'aurait pourri la vie puis je ne serais pas sur la loi, c'est sûr je le dirais. Parce que la conséquence est moins grave, mais là je ne le dirais pas.

Guy, 41 ans

Ce résultat est observé autant chez les participants ayant ou non un IAS.

Les variables ayant un impact sur la confiance. Les propos des participants présentés dans le segment précédent montrent qu'ils n'accordent pas tous la même confiance à leur intervenant. À l'examen du discours des participants, cinq variables ayant un impact potentiel sur le niveau de confiance accordé aux intervenants sont identifiées.

Les intervenants « ex-dépendants ». Environ la moitié des participants considèrent les intervenants « ex-dépendants » (ayant un passé de consommation de SPA) comme étant les « meilleurs », soit ceux en qui ils ont le plus confiance. Selon eux, le fait d'avoir « du vécu » est beaucoup plus important et aidant qu'avoir une formation.

Je fais plus confiance à quelqu'un qui a un passé que quelqu'un qui a des cours puis qui n'a pas de passé. Moi c'est mon idée en tout cas. Ma confiance est plus là en tout cas.

Adrien, 24 ans

Les intervenants ayant « du vécu », « ex-dépendants », sont perçus comme étant plus compréhensifs. Les participants ont plus de facilité à échanger avec eux, car ils « savent par où ils sont passés ». La confiance s'établit donc plus facilement.

[...] il y a une facilité de compréhension que quelqu'un qui n'a jamais vécu dans ce milieu-là n'aura pas. Il va comprendre, il va savoir ce que je dis. Mais, en ne l'ayant pas vécu, il y a un bout de compréhension qu'il n'aura pas.

Léo, 46 ans

Puisqu'ils ont l'impression que les intervenants « savent de quoi ils parlent », leurs conseils leur semblent plus adaptés et crédibles. Ces intervenants leur apportent « du concret », des exemples véridiques et ont un langage accessible.

Ils savent comment ça marche, ils savent nous prendre, ils savent plus c'est quoi les sujets. [...] c'est plaisant de se faire dire : « je sais c'est quoi, je vais te donner un coup de main, donner des conseils », c'est le fun de se faire donner un petit conseil. [...] Ils savent où ils s'en vont.

Tom, 26 ans

Seul un participant n'accorde pas sa confiance aux intervenants ayant un passé de consommation.

[...] il n'y a pas assez d'intervenants, peut-être qualifiés. Parce que la qualification ne vient pas avec : « Ça fait 20 ans que je travaille ici. » Ça, c'est de l'expérience [...]. Je ne dis pas qu'ils ne sont pas bons ou qu'ils sont de mauvaises personnes. Ce n'est pas ça que je dis, mais on parle de qualification, ce ne sont pas des bacc [baccalauréat].

Mario, 40 ans

Pour l'autre moitié des participants, le passé de consommation des intervenants est important, mais ils préfèrent néanmoins que les intervenants aient également une formation.

[...] moi je trouve que c'est important d'avoir un certain bagage, mais c'est bon aussi que ce ne soit pas juste un bagage lourd [...]. Il faut qu'il aille de la théorie aussi, puis que la personne ait suivi des cours, c'est important fait qu'un juste milieu entre les deux ce serait parfait.

James, 30 ans

L'appréciation des intervenants ayant une formation académique réfère au fait qu'ils ont des connaissances à jour et qu'ils utilisent des techniques ou des approches plus adaptées.

[...] ceux qui n'ont pas consommés qui sont intervenants, eux aussi ils ont de l'expérience. Ils sont à l'école, ils connaissent les nouveaux produits, ils connaissent les nouveaux effets, ils connaissent les nouveaux problèmes psychologiques. [...] Ils sont plus évolués. Selon moi, les intervenants qui sont allés à l'université, pour moi, sont comme des docteurs. Puis ceux qui ne sont pas allés à l'université, c'est comme des infirmiers, ils sont là pour t'écouter.

Bruno, 37 ans

L'âge des intervenants. Le tiers des participants évoquent l'âge comme facteur ayant un impact potentiel sur la confiance. Généralement, ces participants font difficilement confiance aux jeunes intervenants débutant dans le domaine.

J'ai un gros background en arrière de moi puis pour comprendre tout ça, ce n'est comme pas évident pour le jeune qui commence. 22, 23 ans, 25 ans, il va avoir un background mais de son étude. Mais il n'a pas de background sur le terrain.

Joey, 49 ans

Pour d'autres, la confiance se développe plus facilement avec les intervenants ayant le même âge qu'eux. Ils ont l'impression d'avoir un vécu similaire et que

l'intervenant est davantage en mesure de les comprendre. C'est par exemple le cas de James.

Présentement je vais avoir plus de facilité à parler des personnes vers 30 ans, 30-35 ans. Une personne qui est plus vieille des fois je vais être gêné. Une personne qui va être plus jeune, des fois, j'ai un manque de confiance peut-être. [...] quand ils sont trop jeunes, trop vieux... des fois ce n'est pas dans la même mentalité que nous autres. Tandis que nous autres dans notre génération je pense qu'on a vécu les mêmes choses [...].

James, 30 ans

Néanmoins, trois participants mentionnent que l'âge n'a pas d'importance. Ils tendent à s'ouvrir et à donner leur confiance aux intervenants matures, qui ont de l'expérience, peu importe leur âge.

[...] ce n'est pas vraiment important. Tu peux avoir 16 ans puis avoir vécu... Comme moi j'ai 26 ans, je sais parler du rejet, je sais parler de la consommation, je sais parler de la criminalité puis j'ai zéro expérience dans le domaine. Fais que j'aurais rien que 26 ans, ça serait ma première année ici, je serais capable d'en aider plus que ceux qui sont ici depuis 15 ans peut-être bien. [...] comment qu'il aurait 90 [...], ça ne change rien. C'est l'expérience qui compte.

Tom, 26 ans

Le sexe de l'intervenant. Environ la moitié des participants souligne que le sexe de l'intervenant peut avoir un impact sur le développement de la confiance. Par exemple, l'un d'entre eux, Guy, affirme avoir de la difficulté à exprimer ses émotions et surtout à pleurer devant un homme.

[...] moi j'ai de la misère avec les gars. [...] C'est parce que mon père ne m'a jamais dit qu'il m'aimait, j'ai tout le temps eu du « frette » avec mon père... côté

masculin... maternel protecteur plus. Moi j'ai plus de facilité envers les femmes. Pleurer devant un intervenant gars j'aurais bien de la misère.

Guy, 41 ans

D'autres évoquent des difficultés semblables avec les femmes. Ils ont de la difficulté à s'exprimer émotionnellement ou à s'ouvrir. Bien que certains n'arrivent pas à identifier clairement l'origine de leur malaise, l'un d'entre eux souligne sa peur du jugement étant donné ses antécédents de violence conjugale.

Moi j'avais de la difficulté avec les intervenantes femmes. Ce n'est pas que je les sentais inférieures à moi, mais en tout cas, j'avais eu quelques difficultés par rapport à ça. [...] C'est peut-être dû à mes relations passées aussi. [...] peut-être la peur de se faire juger aussi.

Jason, 20 ans

Inversement, pour Tom, le fait que son intervenante soit une femme ne semble pas représenter un problème. Il affirme même que son estime est rehaussée.

[...] j'avoue qu'elle est belle aussi, ça m'attire puis, déjà, ça me fait comme faire du progrès en même temps de lui parler. Je me dis : « je parle avec une belle femme et elle ne me rejette pas ». Ça fait comme me donner un peu d'estime. Je ne tiens même pas compte qu'elle travaille ici.

Tom, 26 ans

Le temps. Le temps est rapporté par un peu plus de la moitié des participants comme variable ayant un impact potentiel sur le développement de la confiance. Généralement, ils affirment avoir besoin de temps pour connaître l'intervenant sans quoi, le lien ne pourra pas s'établir. Ils ont besoin d'observer les façons d'agir, de parler et de penser de l'intervenant avant de lui accorder leur confiance.

Je commence à avoir confiance aux intervenants ici. C'est sûr qu'il y a une période d'adaptation, le temps de les connaître, savoir quel genre d'intervention qu'ils font. Puis, jusqu'à date, ça va bien.

Léo, 46 ans

Le temps leur permet aussi de savoir s'il est prudent de se confier. À ce sujet, des participants, comme Guy, évoquent un comparatif avec les centres de détention.

Parce qu'au début je suis arrivé les intervenants ici je n'étais pas capable. Parce qu'en prison, tu ne parles pas aux « screws »¹⁵. Si tu parles aux « screws » c'est mal vu. Puis ici j'ai eu de la misère au début. Ça m'a pris au moins quatre semaines avant d'aller parler.

Guy, 41 ans

Il est donc plus difficile pour eux de s'ouvrir étant donné leur expérience de détention. Ils ont besoin de temps pour s'adapter, et il varie d'un participant à l'autre allant de quatre semaines à deux mois. La peur d'être jugé et que l'intervenant ne soit pas là pour les aider est évoquée.

Au début ça prit quasiment deux mois, deux mois et demi. J'étais plus réticent, des fois je me posais même la question : « est-il vraiment là pour m'aider? », même : « est-ce qu'on est un numéro? » si ce n'est pas moi, ça va être un autre. Mais je me suis rendu compte quand y parlant des vraies affaires, qu'il était vraiment là pour m'aider [...].

Carl, 34 ans

Le respect de la confidentialité. Quelques participants discutent de la confidentialité. Deux d'entre eux affirment être en mesure de s'ouvrir aux intervenants, mais réservent tout de même certaines confidences uniquement pour le directeur clinique

¹⁵ Certains participants utilisent le terme : « screws » pour désigner les gardiens de prison.

du centre. Selon leurs croyances, les intervenants ne seraient pas liés au secret professionnel alors que le directeur le serait. Ils se sentent donc plus en confiance avec ce dernier.

Avec [nom du directeur], lui, tu peux tout lui dire, parce qu'il a le secret professionnel, mais ça l'occasionne des problèmes quand même. [...] J'ai confiance pour lui dire tous mes problèmes, puis tout, à [nom de son intervenant], mais, c'est que, ceux qui n'ont pas le secret professionnel, c'est qu'il y a des affaires que si tu divulgues, mettons que tu vendais ou que tu faisais des affaires, ça va se retrouver en Cour parce qu'ils n'ont pas le choix [...].

Jason, 20 ans

Un autre participant ayant soulevé l'importance de la confidentialité a, quant à lui, l'impression que tout ce qu'il dit reste confidentiel, peu importe à qui il s'adresse, intervenants ou direction. Ainsi, il se confie plus facilement.

[...] Ils ne peuvent pas revenir contre toi sur les affaires que tu dis sauf comme tu disais tantôt, si tu mets ta vie en danger ou si tu mets la vie d'une autre personne en danger. C'est vraiment les seules situations qu'ils peuvent faire de quoi, sinon ils sont tenus à la confidentialité quand même. [...] C'est ça, tu peux parler de tes charges si tu ne t'es pas fait pognier, tu peux parler de tes affaires. Ils ne peuvent pas revenir avec ça.

Sacha, 24 ans

Il semble donc exister une certaine confusion quant à la compréhension de la confidentialité, qui y est tenu et quelles en sont les limites. Malheureusement, cela semble avoir un impact sur la confiance accordée aux intervenants et ainsi freiner les confidences.

La forme du suivi individuel

Pour clore cette deuxième section des résultats, puisque la forme du suivi individuel (avec IAS ou sans IAS) semble avoir une influence sur les résultats, que ce soit pour la dimension des objectifs, des tâches ou du lien affectif, les propos des participants à ce sujet sont présentés.

De façon générale, avoir un IAS semble être la forme la plus appréciée. En effet, parmi les participants s'étant exprimés sur le sujet, ceux ayant un IAS apprécient cette façon de faire, alors que la moitié de ceux n'ayant pas d'IAS affirment qu'ils préféreraient en avoir un. D'abord, il semble que ce soit plus facile de se confier et de travailler en profondeur avec un seul intervenant, particulièrement pour les personnes plus timides et réservées.

J'aime mieux avoir quelqu'un de responsable, parce que quelqu'un qui est plus timide, il n'ira pas voir tout le monde pour parler de ses affaires. Il va avoir confiance en la personne qu'il rencontre tout le temps.

Zac, 40 ans

De même, se confier seulement à une personne sans avoir à répéter son histoire à d'autres et le fait que l'intervenant soit toujours informé du dossier est apprécié des participants.

[...] Puis d'un autre côté, c'est parce que ça me nuirait d'un sens parce qu'il faudrait tout le temps que je lui dise : « Bon regarde avec l'autre j'ai travaillé ça »... Oups, tu changes d'intervenant : « j'ai retravaillé ça ». C'est comme

quand tu changes d'avocat, il faut qu'ils prennent conscience du dossier fait que c'est ça que j'aurais peur qui arrive.

Tom, 26 ans

L'intervenant et le client apprennent à mieux se connaître mutuellement ce qui peut donner l'impression au client de bénéficier davantage de l'expertise de l'intervenant.

Je pense qu'avoir un intervenant qui puisse justement te suivre puis lire tous les jours ton journal de bord, puis savoir comment tu es dans la vie, ça va aider à bien des choses parce qu'une maison de thérapie où est-ce que tu as tous les intervenants, que c'est toi qu'il faut que tu ailles les voir, tu n'as pas de suivi. Ils ne voient pas nécessairement ton évolution tandis que là, bien, il y a plus de possibilités de voir une évolution concrète de tes acquis.

Jason, 20 ans

En contrepartie, deux principaux arguments sont mentionnés en faveur de la forme sans IAS. D'abord, il semble que le fait de parler à plusieurs intervenants aide à surmonter la timidité, évite l'isolement, et donne accès à différents points de vue.

Moi je trouve que c'est correct d'en avoir plusieurs parce que ça nous pousse à les connaître plus [...]. Puis ça te pousse à justement ne pas t'isoler avec le même. Plus qu'ils en savent de toi, plus ça va t'aider. Puis ils ont tous quelque chose de différent à t'apporter. C'est ça qui est important aussi. Lui il peut voir l'affaire d'une manière, l'autre va te l'approcher d'une autre manière. C'est positif.

Guy, 41 ans

Finalement, ne pas avoir d'IAS laisse le choix aux participants de parler ou de se confier à l'intervenant qui leur plait. De même, il y a toujours un intervenant disponible sur les lieux.

Ouais, moi je trouve ça correct parce qu'on n'a pas besoin de courir après notre intervenant, on en voit un sur le plancher, on peut discuter avec lui.

James, 30 ans

Section 3 : L'alliance thérapeutique et le cheminement thérapeutique

Cette troisième et dernière section vise à répondre à la troisième question de recherche et est divisée en deux portions. La première présente les facteurs perçus comme favorables et nuisibles à l'établissement et au maintien d'une AT. Quant à la deuxième, elle présente les propos des participants au sujet de l'importance de l'AT dans leur cheminement thérapeutique.

Les facteurs favorables et nuisibles à l'alliance thérapeutique

Afin de synthétiser l'information, ces résultats sont présentés sous forme de tableau. Le Tableau 5 présente les comportements et attitudes des intervenants qui, selon la perception des participants, favorisent le développement ou contribuent à fortifier l'AT alors que le Tableau 6 présente ceux qui lui nuisent ou tendent à la détériorer.

Tableau 5

*Attitudes et comportements des intervenants qui favorisent la création
et le maintien de l'alliance thérapeutique*

Attitudes et comportements	<i>n</i>	Extraits
Écoute active (écouter avec une présence d'esprit, interagir)	10	Il ne sera pas juste là à t'écouter, il va interagir. (Pier, 36 ans)
Respect (ne pas juger, être ouvert)	9	Leur respect. Je ne me suis jamais senti rabaissé, dénigré ou quoi que ce soit avec les intervenants de semaine. (Carl, 34 ans)
Disponibilité (être présent, prendre le temps malgré les horaires chargés)	7	[...] il n'a jamais le temps, [...], mais je lui dis : « as-tu deux minutes », « oui, oui, j'ai deux minutes ». Puis il le prend. Des fois ça vire en cinq, dix minutes. Mais, il l'a pris le temps. [...] J'ai trouvé ça plaisant. (Tom, 26 ans)
Confrontation (être direct, franc, dire les choses comme elles sont)	7	Parce moi j'avais besoin de ça, de me faire [frappe ses mains ensembles], dans les dents puis [...] bang, bang, bang, puis : « c'est de même, tu es de même », puis : « tes problèmes c'est ça, ça, ça ». (Jules, 26 ans)
Dynamisme (bonne humeur, sourire, positivisme)	6	[...] il se dégage de quoi ici c'est terrible. C'est plaisant, sourire [nom d'un intervenant], il arrive le matin, il met la bonne humeur dans la pièce. [...] ils ne sont jamais de mauvaise humeur puis ils ont tout le temps le sourire. (Guy, 41 ans)
Compréhension et empathie	5	Après ça, ils sont compréhensifs envers ce que tu vis, ils sont compréhensifs aussi sur plusieurs affaires dans la maison, sur des règlements, puis toute. (Jason, 20 ans)
Renforcement positif (remercier, féliciter, encourager)	4	J'ai eu des félicitations l'autre jour, ça donne un coup de pouce ça. [...] Puis quand tu es honnête. Ils te remercient de ton honnêteté. Carrément! (Guy, 41 ans)

Tableau 5

*Attitudes et comportements des intervenants qui favorisent la création
et le maintien de l'alliance thérapeutique (suite)*

Attitudes et comportements	<i>n</i>	Extraits
Discussions profondes (aborder « les vrais problèmes »)	4	C'est le fun quand la personne est empathique, ça se ressent quand même. (Sacha, 24 ans)
Au début : discussions informelles (en surface)	4	[...] c'est commencer par me parler des choses que j'aime ou me demander comment ça va, une approche relaxe [...] une petite discussion tranquille, après la discussion peut passer à d'autres choses. C'est de façon progressive. (James, 30 ans)
Partager des expériences personnelles (parler de son vécu, donner son opinion).	4	[...] tu peux revoir ton passé puis tu peux conseiller, conseille le monde, tu as vécu quelque chose, tu as de l'expérience là-dedans puis donne-les tes points qui t'ont aidé, donne ton expérience. (Tom, 26 ans)
Bienveillance (offrir un bon suivi, être préoccupé par le bien-être des résidents)	4	C'est quelqu'un qui a du temps pour toi, puis qui n'a pas l'air de s'en « câlisser » de ce que tu es, puis de ce que tu fais. Il fait des observations, de comment tu agis dans la maison [...] il prend le temps d'observer [...] je pense que c'est ça qui donne une certaine confiance envers lui. (Jason, 20 ans)

Note. Le *n* correspond au nombre de participants ayant nommé l'attitude ou le comportement.

Tableau 6

*Attitudes et comportements des intervenants qui nuisent à la création
et au maintien de l'alliance thérapeutique*

Attitudes et comportements	<i>n</i>	Extraits
Avoir des préjugés (ou donner l'impression de)	7	<p>Quelqu'un qui ne te connaît pas puis qui te juge en partant. Non, ça ne marche pas. Autant moi que lui [intervenant], à un moment donné, on est des êtres humains. [...] même s'il y en a qui sont ici pour des affaires vraiment graves, ils sont ici pour se donner une autre chance. Ça ne sert à rien de les juger.</p> <p>(Alex, 35 ans)</p>
Adopter une attitude autoritaire (contrôlante, inflexible)	7	<p>Il veut avoir le dernier mot sur tout, souvent tu lui demandes de quoi, il va te dire non. Quand il te dit de faire de quoi, tu pars puis tu y vas. Pas le choix bien bien. Tu ne peux pas t'obstiner sur rien, c'est lui qui a le dernier mot.</p> <p>(Carl, 34 ans)</p>
Ne pas aimer son travail (désintéret, ou donner l'impression de)	6	<p>[...] il y a des intervenants comme j'ai déjà rencontré dans le passé qui n'avaient pas l'air d'aimer leur travail fait que, tu le sens quand il aime leur travail ou non. C'est quelque chose que tu remarques. Il y en a qui sont plus [...] ils sont intéressés par les résidents.</p> <p>(James, 30 ans)</p>
Inégalité (traiter inégalement les résidents entre eux ou se prétendre supérieur)	4	<p>[...] Donner un service égal, ne pas te concentrer sur lui puis ne pas te concentrer sur l'autre, être égal.</p> <p>(Tom, 26 ans)</p> <p>[...] on dirait qu'il y avait moins de relations un peu, c'était : « je suis intervenant, tu es le client », puis c'est comme ça.</p> <p>(Adrien, 24 ans)</p>

Tableau 6

*Attitudes et comportements des intervenants qui nuisent à la création
et au maintien de l'alliance thérapeutique (suite)*

Attitudes et comportements	<i>n</i>	Extraits
Confrontation	4	La provocation, ce n'est pas pour moi, c'est pour ça que j'ai quitté la plupart des thérapies que je n'ai pas terminées [...] La confrontation, plutôt [...] de la manière que c'est amené. Quand c'est amené trop arrogant, non ça ne marche pas, j'ai un blocage. [...] Dans ce temps-là, je me referme, puis je ne dis plus rien. (Léo, 46 ans)
Être axé sur le négatif	3	[...] on dirait qu'il y en a qui aime ça plus jouer à la police, puis voir tout ce que tu fais de pas correct au lieu de te dire ce que tu fais de correct. (Pier, 36 ans)
Indisponibilité	3	[...] parce que des fois j'ai le goût de parler puis : « attend un peu, attend minute, reviens à telle heure ». Des fois, je suis sur le bord de péter les plombs puis me faire dire : « reviens parce que c'est les médicaments ». C'est là que j'ai besoin, ne viens pas me dire de revenir plus tard, il va peut-être être trop tard. (Tom, 26 ans)
Ne pas « savoir où aller » (ne pas connaître le dossier ou donner l'impression de)	3	[...] puis qu'il [intervenant] ne sache pas où s'en aller non plus sur mes dossiers à moi. Ça, c'est sûr que ça a de l'impact sur la relation. Ça ne marcherait pas pantoute. (Jason, 20 ans)

Note. Le *n* correspond au nombre de participants ayant nommé l'attitude ou le comportement.

Quelques précisions doivent être apportées aux résultats présentés dans ces tableaux, notamment sur la façon dont les discours ont été analysés. Par exemple, le Tableau 5 indique que dix participants considèrent que l'écoute active favorise la création et le maintien de l'AT. Inversement, il serait alors possible de déduire que dix participants considèrent que le manque d'écoute nuit à sa création et à son maintien, mais cette inférence n'a pas été réalisée. En effet, les éléments rapportés sont classés et regroupés pour rester fidèle aux propos des participants. Si le manque d'écoute n'apparaît pas dans le Tableau 6, c'est parce que les participants ne l'ont pas nommé explicitement comme étant nuisible.

D'autre part, au sujet de la confrontation, bien que sept participants rapportent qu'une attitude confrontante, directe et sans détour contribue à fortifier leur alliance avec les intervenants, quatre mentionnent le contraire. C'est donc pour cette raison que cet élément apparaît dans les deux tableaux. Pour certains participants, comme Jules (voir l'extrait dans le Tableau 5), l'attitude confrontante de son intervenant est ce dont il avait besoin pour cheminer alors que pour d'autres, comme l'illustre Léo dans l'extrait du Tableau 6, cette attitude semble avoir un effet négatif sur l'engagement et la rétention en traitement.

En terminant, environ le tiers des participants soulignent l'importance de la première impression. En effet, ils affirment avoir de la difficulté à surpasser cette

première impression, donc si l'intervenant adopte une attitude ou un comportement qui déplaît lors des premiers contacts, le développement de l'AT risque d'être compromis.

Ce qui est essentiel au cheminement thérapeutique

Les participants sont en mesure de nommer des comportements et attitudes que devraient favoriser ou non les intervenants pour développer une alliance, mais est-ce que cette alliance est réellement nécessaire à leur cheminement? Les participants ont été questionnés sur leur opinion générale quant à l'importance de la relation avec les intervenants dans leur cheminement thérapeutique à l'intérieur du traitement. Est-ce que cette relation est importante pour eux? À quel point? Qu'est-ce qui les aide à cheminer vers l'atteinte de leurs objectifs? Ces questions sont l'objet de cette dernière portion. Le Tableau 7 présente les résultats obtenus quant à l'importance que les participants accordent à l'AT.

Tableau 7
L'importance perçue de l'alliance thérapeutique dans le cheminement

	n	Éléments clés du discours	Extraits
Très important	4	C'est l'intervenant qui contribue le plus au cheminement Une mauvaise alliance peut entraver le cheminement de façon importante	Mais ce qui m'a le plus aidé, c'est le travail avec mon intervenante, ça c'est sûr. (Zac, 40 ans) C'est plus avec mon intervenante que je travaille plus en profondeur. (Carl, 34 ans)
Important	5	L'alliance est importante au cheminement, mais d'autres éléments le sont également comme le groupe, les cours ou les ateliers psychoéducatifs	Puis un coup que j'avais parlé avec lui [un membre du groupe] je ne sentais pas nécessairement le besoin de le raconter à quelqu'un d'autre. J'avais évacué puis c'était correct. Mais, ça du bon d'aller ventiler, puis de voir les intervenants aussi. (Pier, 36 ans)
Pas important	4	Le cheminement se ferait quand même sans les intervenants Le programme, le groupe et la stabilité que le traitement apporte ont un impact plus important sur leur cheminement	[...] moi honnêtement, je trouve que la thérapie, sans aller voir les intervenants en individuel, est assez complète de même. La thérapie elle fait pas mal le tour de tout. On en a assez, le « morning » ¹⁶ le matin, la thérapie le matin, après ça, l'atelier l'après-midi, le « night » ¹⁷ le soir, la thérapie le soir... [...]. (Sacha, 24 ans)

Note. Le *n* correspond au nombre de participants. Deux participants n'ont pas répondu clairement à la question, ils ne sont donc pas comptabilisés.

¹⁶ Le participant réfère ici aux « mornings » qui sont des rassemblements matinaux, quotidiens où tous les résidents du centre doivent être présents. Le fonctionnement varie légèrement selon les centres de traitement, mais généralement, des résidents du centre sont appelés à aller en avant du groupe pour recevoir des commentaires, rétroactions, etc. des membres du groupe ou des intervenants.

¹⁷ Les « nights » sont des rassemblements quotidiens semblables aux « mornings » qui ont lieu le soir. Le fonctionnement varie selon les centres de traitement, mais généralement, les résidents doivent partager à tour de rôle, une partie de leur vécu au groupe.

Le Tableau 7 montre que les participants ne considèrent pas tous que l'AT est essentielle à leur cheminement thérapeutique. En effet, ils rapportent plusieurs éléments qu'ils considèrent tout aussi, et même plus importants que l'alliance. L'analyse du discours permet de résumer ces éléments en deux principaux facteurs : le groupe de pairs et le programme de traitement.

Le groupe de pairs. Tous les participants ont abordé la question du groupe et des autres résidents comme facteur ayant un impact potentiel sur leur cheminement thérapeutique. Le groupe serait bénéfique au cheminement, notamment grâce à l'entraide.

Ouais, c'est l'entraide. Tout le monde apporte de l'aide à tout le monde, peut-être même sans même le savoir.

Léo, 46 ans

Le fait qu'ils vivent des difficultés similaires et qu'ils aient des expériences passées qui se ressemblent semble être aussi un élément positif important.

[...] entre résidents, mettons, avec les personnes avec qui je m'entends le mieux. Oui, ça apporte une certaine aide, d'être capable de justement se comprendre, d'avoir vécu approximativement les mêmes affaires...

Jason, 20 ans

Sacha mentionne même qu'il n'a pas besoin de parler aux intervenants, que les autres résidents sont aussi aidants.

Moi j'ai plus de misère par contre à aller chercher un intervenant puis de parler avec. On dirait que je ne sais pas quoi dire puis parler des vraies choses, j'ai plus de misère. J'ai plus de facilité en grand groupe [...] si j'ai de quoi à dire, mettons que je ne « feel » pas ou... bien il y a les résidents pour en parler.

Sacha, 24 ans

Or, les impacts du groupe ne semblent pas toujours positifs. Le fait que l'accent soit mis sur le cheminement thérapeutique à l'aide du groupe déplaît à certains qui aimeraient davantage bénéficier de l'expertise des intervenants.

Mais moi au début, j'avais un peu de misère avec ça parce que moi j'aime bien faire des thérapies puis que ça soit un intervenant qui m'aide un peu, pas les résidents. Je me dis eux autres, ils ont déjà assez de leurs problèmes, pourquoi aller parler de mes problèmes?

Bruno, 37 ans

Le programme de traitement. Outre le groupe de pairs, les participants identifient certains éléments reliés au programme de traitement comme ayant un impact sur leur cheminement thérapeutique. D'abord, certains considèrent les cours ou les ateliers psychoéducatifs comme étant très aidants alors que d'autres vont même jusqu'à dire que c'est ce qui contribue le plus à leur cheminement.

[...] moi, ce sont les cours, je pense, qui m'aident le plus à comprendre mes comportements, puis ce que j'ai à changer pour devenir abstinent puis je pense que ce sont les cours.

Jason, 20 ans

Certains ont mentionné que c'est le programme de traitement avec toutes ses composantes qui est aidant et non seulement la relation avec les intervenants.

Toute, toute, toute me rend plus positif, m'en donne plus

Joey, 49 ans

Enfin, la structure du programme est évoquée à quelques reprises. Les participants affirment qu'avoir une structure (horaire à suivre, repas à des heures fixes, heures de sommeil régulières, etc.) les aide à reprendre une bonne routine de vie, et une stabilité, ce qui contribue grandement à leur cheminement.

Ouais, c'est sûr que d'avoir un horaire tout le temps ça nous apprend à reprendre une vie saine parce qu'en consommation [...] quand tu ne travailles pas puis que tu ne fais rien que consommer chez vous... Tu ne manges plus... Divan, frigidaire, divan, frigidaire, divan, frigidaire, épicerie, frigidaire, divan, épicerie... Un moment donné, c'est de reprendre une routine de vie saine puis le sport, puis voir du monde, le 8-8-8 qu'ils disent.

Pier, 36 ans

Discussion

Les constats qui émanent des résultats présentés dans la partie précédente sont ici discutés selon la même structure, c'est-à-dire en fonction des trois questions de recherche. À ce titre, un rappel de l'objectif général de ce mémoire et des questions de recherche s'impose. D'abord, l'objectif général est d'explorer et de décrire le phénomène de l'AT dans le traitement des personnes dépendantes aux SPA sous mesures judiciaires. Plus précisément, ce mémoire vise à répondre à ces trois questions à partir du point de vue d'hommes en traitement pour un TUS sous mesures judiciaires :

1. Quelles sont leurs motivations à traiter leur dépendance et à suivre un traitement?
2. Comment se traduit le modèle théorique de l'AT de Bordin (1979) dans ce contexte de traitement?
3. Quels sont les facteurs perçus comme favorables et nuisibles à l'établissement et au maintien d'une AT?

Les résultats obtenus pour chacune des questions sont discutés dans cet ordre. Ensuite, le cas de Mario, un participant dont les résultats obtenus divergent de la majorité, est discuté. Finalement, les implications pour la pratique sont présentées ainsi que les limites de cette étude.

La motivation des personnes dépendantes en traitement sous mesures judiciaires

Tel que rapporté dans la première partie de ce mémoire, la différence entre la motivation au traitement et la motivation au changement est bien établie (Lecavalier *et al.*, 2013; Simoneau *et al.*, 2011). Cette distinction s'observe clairement dans le discours des participants et leurs propos sont faciles à classer selon l'un ou l'autre type de motivation. Ainsi, les résultats obtenus dans le cadre de la présente recherche sont cohérents avec la littérature, confirment cette différence conceptuelle et soulignent l'importance d'évaluer la motivation des clients en fonction de ces deux types de motivation.

La motivation au traitement

Concernant la motivation au traitement, différents constats émergent des résultats. D'abord, les participants sont motivés à entreprendre un traitement principalement en raison de leurs démêlés judiciaires ou encore pour les bienfaits thérapeutiques.

Tout d'abord, le contact avec le système de justice (arrestation, détention, procès, etc.) a entraîné la demande de traitement pour la majorité d'entre eux. Ce résultat est cohérent avec plusieurs études à l'effet que les procédures judiciaires constituent l'élément déclencheur de la demande de services et qu'elles contribuent à l'intégration en traitement (Brochu *et al.*, 2006; Magrinelli Orsi et Brochu, 2009; Schneeberger et Brochu, 2000; Stevens *et al.*, 2006; Tétrault *et al.*, 2007). À l'instar des résultats de

Stevens *et al.* (2006) qui montrent que pour certains, la coercition judiciaire est perçue positivement (soit comme une chance ou une opportunité), les résultats de la présente étude indiquent que les démêlés judiciaires forcent les participants à suspendre leurs obligations (travail, famille, etc.) créant ainsi un moment opportun pour amorcer une démarche en regard de leur problématique de consommation.

Bien que l'élément déclencheur de leur demande soit lié aux démêlés judiciaires, de manière fort intéressante, les résultats montrent que les participants ne se sentent pas contraints au traitement. Les résultats issus de la fiche signalétique quant à leur perception d'y être contraint¹⁸ mènent au même constat que ceux de l'analyse qualitative : les participants ont la perception d'être volontaires au traitement. Bien que ces résultats soient cohérents avec la littérature (Shearer et Ogan, 2002; Stevens *et al.*, 2006), il faut les interpréter avec prudence compte tenu du contexte. Au moment où ils ont pris leur décision, peu de choix s'offraient à eux. La majorité avait le choix entre la détention et le traitement. De même, ils ont presque tous affirmé qu'ils n'auraient jamais fait ce choix sans problèmes judiciaires. Toutefois, les études démontrent que c'est la perception de la contrainte qui importe, et non la contrainte en soi (Shearer et Ogan, 2002; Wolfe *et al.*, 2013).

¹⁸ Rappelons qu'avant de procéder à l'entretien semi-dirigé, les participants devaient compléter une fiche signalétique (Appendice D) dans laquelle ils devaient s'attribuer une cote sur une échelle de 0 à 10 (0 signifie *je ne me sens pas du tout obligé* et 10 signifie *je me sens obligé*), la moyenne des scores obtenus est de 1,8, indiquant qu'ils se sentent généralement assez peu obligés.

De plus, l'évitement de la prison est nommé comme motivation au traitement. Les participants estiment, entre autres, que la prison n'est pas un endroit qui les fera évoluer. Donc, « tant qu'à être en détention » et « perdre leur temps », ils préfèrent amorcer un traitement. D'une part, ces résultats montrent que les participants ont des motivations extrinsèques. En effet, rappelons que ce type de motivation est défini comme l'accomplissement d'une activité en vue d'atteindre un résultat extérieur à ce que l'activité procure (Ryan et Deci, 2000). Ainsi, les participants sont motivés au traitement parce c'est le moyen d'éviter la prison et ses désagréments.

Qui plus est, certains participants ajoutent bénéficier d'avantages à choisir le traitement ce qui, tout comme le fait d'éviter l'emprisonnement, renvoie à des motivations plutôt externes. Ces bénéfices évoqués se rapportent d'abord à l'amélioration de leur dossier judiciaire pour éventuellement obtenir une diminution de leur peine ou pour obtenir des conditions de remise en liberté moins sévères. D'autre part, le fait d'avoir plus de liberté en centre de traitement et d'avoir droit à des sorties plus rapidement est évoqué comme motivation. Ces résultats sont observés dans d'autres études (Schneeberger et Brochu, 2000; Stevens *et al.*, 2006; Vandavelde, Palmans, Broekaert, Rousseau et Vanderstraeten, 2006).

Par ailleurs, les participants sont également motivés à entreprendre un traitement en raison des bienfaits thérapeutiques qu'ils peuvent en tirer : arrêter leur consommation de SPA, apprendre à se connaître, à gérer leurs émotions, à communiquer, etc. Puisque

la motivation intrinsèque correspond à l'accomplissement d'une activité pour la satisfaction inhérente à l'activité elle-même (Ryan et Deci, 2000), ce deuxième ensemble de motivation est davantage d'ordre intrinsèque. Également, les participants sont motivés parce qu'ils croient que le traitement va « réussir », notamment parce qu'ils ont connu un proche pour qui le traitement a fonctionné ou parce qu'ils ont l'impression que le traitement répondra à leurs besoins. Il semble donc que la perception positive du traitement de même que la confiance que les participants y accordent ont un impact sur leur motivation. Ces résultats sont cohérents avec ceux de l'étude de Stevens *et al.* (2006) qui montre que la motivation peut être influencée par la perception et la qualité du traitement. Ces auteurs estiment que le fait que les clients perçoivent le traitement comme une perte de temps ou encore qu'il n'est pas approprié à leur besoin a un impact négatif sur la motivation.

Dans leur étude, Brochu *et al.* (2006) indiquent que la pression judiciaire exercée sur les contrevenants pour qu'ils intègrent un traitement contribue à la rétention uniquement chez ceux qui n'ont pas reçu leur sentence (prévenus), ce qui amène les auteurs à poser l'hypothèse suivante : les contrevenants prévenus se soucient davantage d'éviter les conséquences judiciaires (qu'ils obtiennent en persévérant dans le traitement) que de modifier leur consommation de SPA. Or, bien que les résultats de ce mémoire montrent que les participants (principalement des prévenus) sont extrinsèquement motivés au traitement par ce type de bénéfices, ce sont des motivations parmi plusieurs autres. Les participants ont aussi des motivations intrinsèques au traitement et, plus

encore, ils ont aussi des motivations au changement (qui seront présentées dans le paragraphe suivant). Également, le fait qu'une portion des participants « allongent leur peine » en choisissant de faire un traitement constitue un indice de leur sincérité. Ces résultats sont observés dans d'autres études (Kras, 2013; Stevens *et al.*, 2006). Comme le souligne Kras (2013), bien que les contrevenants participent au traitement pour améliorer leurs conditions judiciaires et que certains sont même frustrés de s'y retrouver, ils y voient des bénéfices, y accordent l'importance et certains soulignent même avoir le désir de changer. À ce titre, la portion suivante aborde la motivation au changement.

La motivation au changement

Les participants évoquent deux principaux ensembles de motivations à changer : leurs motivations liées à leurs expériences passées et leurs motivations liées à leurs désirs pour le futur. Ce premier constat est cohérent avec les écrits scientifiques portant sur le processus de changement. Pour changer, un individu doit percevoir la nocivité de son comportement, expérimenter un certain degré de malaise ou d'inconfort dans sa situation actuelle (Lecavalier *et al.*, 2013; Miller et Rollnick, 2013; Simoneau *et al.*, 2011), ce qui correspond aux propos évoqués par les participants concernant les conséquences négatives engendrées par leur consommation. De même, pour changer, un individu doit avoir de l'espoir, croire qu'il a la compétence pour le faire et voir qu'il y a des avantages (Lecavalier *et al.*, 2013; Miller et Rollnick, 2013; Simoneau *et al.*, 2011), ce qui correspond aux propos évoqués par les participants concernant leurs désirs d'un avenir meilleur sans la consommation.

Concernant le passé et les lourdes conséquences découlant de leur consommation, les résultats montrent que les participants entretiennent d'importants regrets par rapport à leur famille, mais surtout par rapport à leurs enfants. Les problèmes conjugaux, les pertes matérielles (argent, voiture, emploi, domicile) et les problèmes de santé (mentale et physique) engendrés par la consommation de SPA sont également mentionnés. En référence à ces pertes, il appert que les motivations évoquées pour changer leurs habitudes de consommation semblent davantage intrinsèques. Néanmoins, ce constat s'avère plus ou moins solide puisque contrairement à la motivation au traitement, il est difficile de distinguer l'intrinsèque et l'extrinsèque lorsqu'il est question de changement. Par exemple, le fait qu'Adrien ait décidé de changer, suite à la perte de sa femme et de ses enfants, peut être considéré comme une motivation intrinsèque parce qu'il décide de cesser sa consommation de SPA pour les bienfaits qui en découleront (pour la satisfaction inhérente au comportement lui-même; Ryan et Deci, 2000). Toutefois, cette motivation pourrait être jugée par d'autres comme extrinsèque puisqu'il arrête de consommer pour quelque chose d'extérieur à lui (pour la valeur instrumentale du comportement; Ryan et Deci, 2000). Les études comme celles de Vandavelde *et al.* (2006) et Stevens *et al.* (2006) considèrent ces types de motivation comme externes, car les participants dans ces études les abordent en termes de pressions perçues par la famille ou par le personnel médical. Or, dans ce mémoire, la manière dont les participants discutent de leurs motivations est différente. Ils en discutent en termes de conséquences issues de leur consommation (sur leur famille, leurs enfants, leur santé, etc.) et non en termes de pressions (de leur famille, de leurs enfants, du personnel

médical, etc.). Leur discours traduit une bonne reconnaissance du problème. Ainsi, ces motivations apparaissent plutôt intrinsèques bien qu'il soit difficile de tirer un trait clair.

Les résultats témoignent du fait que les participants ont des motivations qui découlent de leur passé, mais également des motivations en regard de leur futur et de leurs aspirations pour l'avenir. Les participants sont majoritairement motivés à changer pour leur famille, particulièrement pour leurs enfants. Également, ils veulent renouer avec leurs proches et avoir une conjointe. Ces résultats traduisent donc l'importance de l'appartenance dans la motivation interne (Ryan et Deci, 2000). En effet, les personnes significatives amènent les individus à accorder de l'importance au changement (Lecavalier *et al.*, 2013; Ryan et Deci, 2000) et c'est ce que supposent ces résultats.

En résumé : la motivation et ses différents types

Les résultats discutés précédemment montrent que les motivations extrinsèques exprimées par les participants sont davantage reliées à leur motivation au traitement qu'à leur motivation au changement. En effet, leurs motivations au changement, bien qu'elles soient difficiles à interpréter, tendent à être intrinsèques notamment celles orientées vers le futur. Également, malgré le contexte judiciaire, les participants ont aussi des motivations intrinsèques à être en traitement. Ces résultats peuvent être mis en lien avec ceux de Tétrault *et al.* (2007) qui démontrent que la motivation des personnes en traitement sous mesures judiciaires est élevée bien qu'elles soient plus ou moins volontaires. Toutefois, selon leur hypothèse, les participants pourraient avoir surévalué

leur motivation en raison de leur situation judiciaire et de la désirabilité sociale. Cette hypothèse apparaît plausible et pourrait s'appliquer à cette présente étude. Il est vraisemblable que la désirabilité sociale ait fait en sorte que les participants expriment plus de motivation intrinsèque au changement et au traitement qu'ils en ont en réalité. À ce titre, il semble que la motivation chez les personnes judiciairisées soit difficile à évaluer, notamment parce qu'elles ont appris le « bon langage » (Stevens *et al.*, 2006). Puisque le critère habituel pour être admis en centre de traitement est la motivation, elles ont appris ce qu'elles avaient intérêt à dire pour être admises en centre de traitement.

Malgré ce biais possible, les résultats obtenus dans cette étude ne contredisent pas les écrits scientifiques qui soutiennent que les personnes en traitement sous des mesures judiciaires sont extrinsèquement motivées (Brocato et Wagner, 2008; Magrinelli Orsi et Brochu, 2009; Schnceberger et Brochu, 2000; Wolfe *et al.*, 2013) mais ils apportent des nuances puisque les propos témoignent clairement de la présence de motivations intrinsèques. Vandavelde *et al.* (2006) et Kras (2013) arrivent d'ailleurs à des conclusions semblables : ce sont les motivations extrinsèques d'ordre judiciaire qui sont les plus impliquées dans le fait que ces personnes suivent un traitement, mais celles-ci présentent également des motivations intrinsèques. Par exemple, dans leur étude, Vandavelde *et al.* (2006) estiment qu'environ 40 % des motivations évoquées par leurs participants (personnes en traitement sous des mesures judiciaires suivies dans la communauté) sont d'ordre extrinsèque comparativement à 60 % d'ordre intrinsèque. Finalement, tous ces résultats montrent que les participants ont des motivations à la fois

internes et externes qui ne sont pas toujours faciles à distinguer, ce qui souligne l'importance de ne pas catégoriser les clients dans un pôle ou dans l'autre (Magrinelli Orsi et Brochu, 2009).

L'alliance thérapeutique dans le traitement des personnes dépendantes sous mesures judiciaires

Dans cette section, les résultats obtenus au sujet de la deuxième question de recherche (comment se traduit le modèle de l'AT dans ce contexte de traitement?) sont discutés. Les résultats à ce propos ont été présentés en trois principales catégories en fonction des trois dimensions du modèle de Bordin (1979) : l'accord sur les objectifs, les tâches et le lien affectif. Cette catégorisation a permis de décrire chacune des dimensions du modèle selon la perception des participants. Cinq principaux constats émanent de ces résultats et sont présentés ci-dessous.

Les trois dimensions du modèle de l'AT

Le modèle de l'AT de Bordin (1979) est constitué de trois dimensions d'importance équivalente. Néanmoins, l'analyse des résultats obtenus montre davantage un modèle à deux dimensions, puisque peu d'information quant à la dimension des tâches a pu être soutirée.

Lorsque questionnés sur l'AT, les participants abordent spontanément la dimension du lien affectif. Les propos des participants sont abondants et détaillés à cet égard. Quant à la dimension des objectifs, bien que les participants n'en parlent pas

spontanément, ils sont en mesure d'en discuter lorsque questionnés. Ils donnent leur point de vue sur la collaboration ainsi que sur leur degré d'accord avec les objectifs établis sans trop de difficulté.

Toutefois, il en va autrement pour la dimension des tâches. Les participants n'abordent pas spontanément le sujet. Même lorsqu'ils sont directement questionnés sur cette dimension, ils demeurent peu volubiles, notamment en ce qui concerne l'engagement de l'intervenant. Différentes hypothèses pourraient expliquer ce constat, mais celle qui semble la plus probable est que les propos des participants sont le reflet des pratiques des intervenants et du centre de traitement. Si les intervenants passent peu de temps à discuter d'un engagement mutuel quant aux tâches, ou si les tâches sont déterminées uniquement avec le groupe, il n'est pas étonnant que les participants perçoivent un engagement plus faible de leur intervenant en regard des tâches.

Or, d'un autre point de vue, ces résultats pourraient aussi suggérer que la dimension des tâches a moins d'impact sur la qualité de l'AT par rapport à ce que suggère le modèle de Bordin (1979). D'ailleurs, ce ne serait pas la première étude à arriver à cette conclusion, puisque Robak, Kangos, Chiffriller et Griffin (2013) arrivent au même constat. Dans le cadre d'un traitement de groupe, ces auteurs ont mesuré l'association entre l'AT et les résultats du traitement. Ils ont également mesuré deux types d'AT : celle entre le client et l'intervenant et celle entre le client et le groupe dans son ensemble. D'une part, leurs résultats ne montrent aucune différence significative

entre les deux types d'AT mesurés, mais ils montrent également que seules la dimension des objectifs et celle du lien affectif sont corrélées avec les résultats. Ils concluent donc que la dimension des tâches n'est pas particulièrement importante en contexte de groupe.

L'interdépendance des dimensions

Selon le modèle de l'AT de Bordin (1979), les trois dimensions sont interdépendantes. En effet, il est démontré que la qualité du lien affectif a une influence sur la capacité du client et de l'intervenant à négocier un accord sur les objectifs et les tâches, et qu'inversement, l'habileté à négocier un accord influence la qualité du lien (Baillargeon et Puskas, 2013; Bordin, 1979; Puskas, 2014). Ce constat est observé dans le discours des participants de la présente étude, mais seulement dans un sens. Les propos des participants montrent que la dimension du lien influe effectivement sur les autres dimensions, mais l'influence inverse n'est pas observée. Plusieurs d'entre eux indiquent qu'ils se sont mis d'accord avec les intervenants sur les objectifs et les tâches parce qu'ils ont confiance en eux. Or, les participants ne tiennent pas de propos à l'effet que la négociation avec les intervenants sur les objectifs et les tâches a favorisé le développement d'un lien affectif. Ainsi, les résultats suggèrent que la dimension du lien affectif est un prérequis aux autres dimensions, ce qui est cohérent avec les écrits de Miller et Rollnick (2013), précurseurs de l'entretien motivationnel (EM). Selon eux, l'intervention auprès des personnes voulant effectuer un changement débute par l'engagement dans la relation. Ce n'est que par la suite que les objectifs pourront être déterminés (Miller et Rollnick, 2013). Au même titre, Redko *et al.* (2007) rapportent que

c'est le développement de la confiance entre l'intervenant et le client qui permet la détermination des objectifs et des moyens.

Ainsi, en fonction des deux premiers constats à l'effet que les trois dimensions du modèle de Bordin (1979) ne sont pas d'importance équivalente (premier constat) et que la dimension du lien est un prérequis aux autres dimensions (deuxième constat), la Figure 3 illustre le modèle obtenu en comparaison avec celui de Bordin (1979). Dans le modèle issu des résultats, le premier constat est illustré par la superficie de chacune des dimensions dans l'alliance, alors que le deuxième est illustré par les flèches unidirectionnelles reliant la dimension du lien affectif aux autres dimensions.

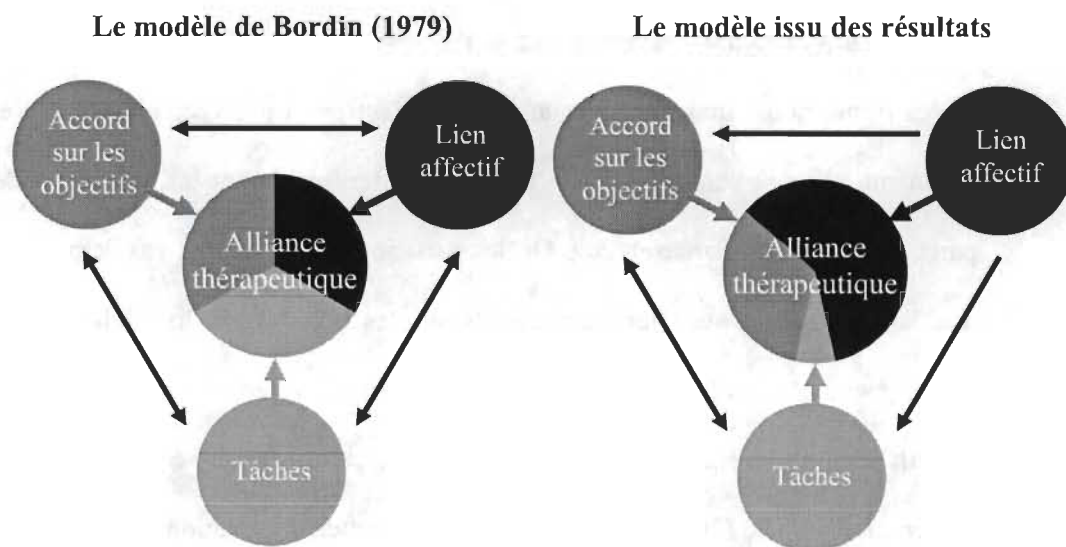


Figure 3. Comparaison entre le modèle initial de l'AT de Bordin (1979) et le modèle issu des résultats

La collaboration et l'accord sur les objectifs de traitement

Le troisième constat concerne la collaboration qui, rappelons-le, fait partie intégrante de l'AT telle que définie par Bordin (1979). La collaboration décrite par les participants pour le choix des objectifs de traitement est faible pour près de la moitié d'entre eux notamment parce que l'intervenant est trop impliqué (c'est lui qui décide, conseille et dirige, c'est l'expert). Toutefois, les participants ne considèrent pas cette implication comme un problème. Ils ont des propos positifs et apprécient la collaboration, même si elle est faible. Quelques hypothèses pourraient expliquer ces résultats.

D'abord, le partage du pouvoir, la collaboration et le partenariat sont des principes d'intervention reconnus pour favoriser la création d'une alliance (Bordin, 1979; Miller et Rollnick, 2013). Les résultats obtenus dans ce mémoire ne remettent pas en doute ces fondements. Ces résultats pourraient plutôt s'expliquer par le style d'intervention directif qu'utilisent les intervenants. En effet, l'intervenant qui dirige, conseille et dicte le choix des objectifs, est apprécié parce qu'il est perçu comme un expert. Or, bien que ce style soit aimé, ce n'est probablement pas celui que les intervenants devraient préconiser, car comme le soulignent Miller et Rollnick (2013), lorsqu'il est question d'aider une personne à augmenter sa motivation à changer, l'expertise du client est nécessaire et complémentaire à celle de l'intervenant. Les intervenants devraient donc éviter d'endosser le rôle d'expert, car ceci peut s'avérer contre-productif et inefficace (Miller et Rollnick, 2013). De plus, cela ouvre la porte à la

déception. Puisque l'intervenant est perçu comme un expert, le client s'attend à ce que les conseils/directives fonctionnent donc, dans le cas contraire, c'est l'intervenant qui sera tenu responsable (Miller et Rollnick, 2013).

Qui plus est, un intervenant ayant un style directif risque de provoquer l'obéissance et le conformisme chez le client puisque ce sont des rôles complémentaires (l'intervenant dicte, alors le client obéit) (Miller et Rollnick, 2013). Ainsi, les résultats observés dans ce mémoire à l'effet que les participants perçoivent un accord élevé sur les objectifs et une collaboration adéquate avec leur intervenant (bien qu'elle soit faible) sont peut-être dus à une forme de conformisme.

Heureusement, l'autre moitié des participants rapporte une collaboration élevée, ce qui nuance les propos précédemment tenus. Les participants rapportent que l'intervenant les guide et que les objectifs sont choisis en équipe. L'expertise de chacun est donc mise à profit. Ce type de collaboration est à privilégier pour aider une personne à effectuer un changement (Miller et Rollnick, 2013) et est également un indice de la qualité de l'alliance (Bordin, 1979). Ainsi, bien qu'ils soient en traitement sous des mesures judiciaires, qu'ils présentent des motivations extrinsèques, au moins une portion des participants, probablement grâce au style adéquat utilisé par les intervenants, semble collaborer efficacement et choisir des objectifs avec lesquels ils sont réellement en accord.

La forme du suivi individuel et ses influences sur le modèle de l'AT

Jusqu'à présent, il a été question de l'importance relative de chacune des dimensions du modèle de l'AT, de l'interdépendance de ces trois dimensions et de la collaboration au plan des objectifs, qui ne se traduit pas comme attendu pour tous les participants. Maintenant, il est question d'un facteur qui apparaît avoir une influence notable à plusieurs niveaux : la forme du suivi individuel. En effet, les résultats sont souvent présentés en deux parties en fonction de ce facteur, car le modèle ne se traduit pas de la même façon chez les participants qui ont un IAS ($n = 8$) et chez ceux qui n'ont pas d'IAS ($n = 7$).

Bien que ce mémoire n'ait pas pour objectif d'évaluer la qualité de l'AT, de façon générale, les résultats montrent que lorsqu'il n'y a pas d'IAS, les propos des participants en fonction des trois dimensions de l'AT sont difficiles à analyser et la qualité de l'AT semble inférieure.

D'abord, pour les participants ayant un IAS, la collaboration quant aux choix des moyens pour atteindre les objectifs prévus au plan d'intervention est généralement élevée. Ces derniers rapportent que les tâches sont décidées « en équipe » à quelques exceptions près. Or, pour les participants n'ayant pas d'IAS, il est difficile de tirer des conclusions parce que les moyens ne sont pas choisis avec un intervenant particulier. Le groupe de pairs est impliqué dans le choix des moyens, parfois même plusieurs intervenants. Ainsi, comme déjà mentionnés, peu de résultats sont obtenus pour la

dimension des tâches, mais c'est particulièrement le cas pour les participants n'ayant pas d'IAS. Certes, ces derniers affirment être en accord avec les tâches qu'ils ont à accomplir, mais cet accord ne semble pas avoir été négocié avec les intervenants.

Pour la dimension du lien affectif, la manière dont les participants décrivent leur relation avec les intervenants est également différente. Plus de la moitié de ceux n'ayant pas d'IAS affirme ne pas avoir développé de relation significative avec les intervenants, alors que tous les participants ayant un IAS relatent une relation empreinte de confiance et relativement profonde. Également, la confiance accordée aux intervenants apparaît moins élevée chez ceux n'ayant pas d'IAS.

Nonobstant les impacts observables sur les dimensions des tâches et du lien, avoir un IAS est généralement la forme de suivi individuel que les participants préfèrent. Le constat qui doit être fait en lien avec ces résultats n'est pas que les RHTJP dans lesquelles il n'y a pas d'IAS ont un mauvais fonctionnement, mais bien que la forme de suivi individuel avec un IAS offre un contexte plus favorable pour le développement et le maintien de l'AT, par rapport au traitement offert sans IAS.

Variables ayant un impact sur la dimension du lien affectif

Le cinquième et dernier constat relié à la deuxième question de recherche concerne la dimension du lien. Les résultats démontrent que certaines variables influencent le développement de la confiance des participants envers l'intervenant, et

donc la création du lien. Or, malheureusement, la plupart de ces variables sont statiques puisqu'elles réfèrent à des caractéristiques d'intervenants qui sont non modifiables : le fait d'être un « ex-dépendant », le sexe, et l'âge. Le temps et le respect de la confidentialité ont également été évoqués.

Le fait que l'intervenant ait un passé de consommation influence positivement le niveau de confiance. Ce résultat est corroboré par l'étude de Meier, Donmall *et al.* (2005), une des rares ayant vérifié l'association entre l'AT et les caractéristiques des intervenants. Selon eux, les intervenants ex-dépendants arrivent à établir une meilleure AT.

Pour ce qui est du sexe de l'intervenant, une partie des participants soulignent une relation avec le niveau de confiance, mais le sens de cette relation est variable. Selon certains, c'est avec les femmes que la confiance est favorisée alors que pour d'autres, c'est avec les hommes. À ce sujet, les études sont encore embryonnaires (Meier, Barrowclough *et al.*, 2005), mais la plupart n'identifient pas de relation entre le sexe de l'intervenant et le niveau de confiance (Meier, Barrowclough *et al.*, 2005; Meier, Donmall *et al.*, 2005; Urbanoski *et al.*, 2012). Donc, ces résultats suggèrent que ce n'est pas le fait d'être un homme ou une femme qui favorise la confiance, mais que les clients ont des préférences quant au sexe de l'intervenant, et que la confiance s'établit mieux avec les intervenants du sexe de préférence.

Quant à l'âge des intervenants, il serait également une variable ayant un impact sur le développement de la confiance. Principalement, les participants ont plus de difficulté à faire confiance aux jeunes intervenants. Peu d'études ont exploré la question, mais l'étude de Meier, Donmall *et al.* (2005) montre que selon la perception des clients, la qualité de l'AT est meilleure avec les intervenants plus qualifiés et expérimentés. Bien qu'il ne soit pas question de l'âge, ces résultats semblent cohérents avec ceux obtenus dans la présente étude.

Également, les participants ont besoin de temps pour que la confiance puisse se développer. Ce constat semble encore plus marqué chez les participants ayant vécu un temps en détention avant d'intégrer le traitement. À cet effet, Brocato et Wagner (2008) émettent une hypothèse semblable : les clients sous contraintes judiciaires prennent plus de temps à s'engager dans le traitement par rapport à ceux sans ce type de contraintes. Par conséquent, ces résultats suggèrent que le niveau d'AT est susceptible d'augmenter en cours de traitement. Toutefois, il est possible que ce résultat soit spécifique aux personnes sous contraintes judiciaires.

Finalement, la confidentialité serait également une variable pouvant influencer le niveau de confiance. Les propos des participants démontrent que les limites de la confidentialité ne sont pas toujours claires et donc certains évitent de se confier compromettant ainsi la dimension du lien affectif. Ce résultat est très peu surprenant puisque n'importe qui hésiterait à se confier sans être assuré de la confidentialité.

Néanmoins, il semble que ce soit un enjeu particulier en intervention avec les personnes sous mesures judiciaires, puisque le principe de confidentialité à la base de la relation d'aide se heurte aux exigences de surveillance des instances judiciaires (Schneeberger et Brochu, 2000).

Alliance thérapeutique et cheminement thérapeutique

Les deux premières questions de recherche ayant été abordées, les résultats obtenus en fonction de la troisième question de recherche (quels sont les facteurs perçus comme favorables et nuisibles à l'établissement et au maintien d'une AT) sont maintenant discutés. En fonction des facteurs favorables ou nuisibles à l'alliance, l'importance relative de cette dernière dans le cheminement des participants est discutée.

Les comportements et les attitudes des intervenants

Les résultats détaillent plusieurs comportements et attitudes des intervenants qui, selon la perception des participants, sont favorables ou nuisibles au développement de l'AT. La liste n'est pas répétée ici¹⁹, mais un des constats est la diversité des attitudes et des comportements rapportés et aucun ne fait l'unanimité entre les participants. Il est donc difficile de tirer des conclusions claires quant à ce que les intervenants devraient faire (ou ne pas faire) pour favoriser l'AT. Certaines attitudes, telles que la confrontation, ne semblent pas faire consensus.

¹⁹ Pour revoir la liste complète, se référer aux tableaux 5 et 6 à la page 110.

Ainsi, bien que ces comportements et attitudes nous renseignent sur ce que les clients expriment spontanément lorsqu'ils sont questionnés sur l'alliance, il ne faut pas conclure que c'est ce que les intervenants *doivent* faire. D'autres études, notamment qualitatives, sont nécessaires puisque dans la littérature, peu de travaux ont investigué la question en utilisant une telle méthode. À cet effet, Redko *et al.* (2007) font partie des rares chercheurs ayant mené une étude de ce type. Ils ont récolté des données qualitatives quant à l'alliance auprès de personnes ayant une dépendance suivant un programme individuel basé sur une approche centrée sur les forces (« strengths-based approach »). Bien que leur étude ne cible pas une clientèle sous contraintes, les résultats obtenus ressemblent étonnamment à ceux de ce mémoire. Trois principales dimensions seraient associées à l'AT : les qualités personnelles de l'intervenant (écoute, compréhension et non-jugement), le contrôle du client sur les objectifs et l'accent sur les forces et habiletés du client (Redko *et al.*, 2007). Par conséquent, ces résultats ajoutent de la robustesse à ceux obtenus dans cette étude à l'effet que l'écoute active, la compréhension, l'empathie, et le respect favorisent l'AT (Tableau 5), alors que les préjugés et le fait d'être axé sur le négatif (Tableau 6) lui nuisent.

Qui plus est, d'autres études offrent des résultats intéressants à ce sujet. Notamment, les résultats de Cournoyer *et al.* (2007), quant aux personnes en traitement sous mesures judiciaires, suggèrent que la compréhension et l'implication de l'intervenant (perçu par le client) seraient un facteur clé dans l'établissement de l'AT. Également, Wolfe *et al.* (2013) émettent l'hypothèse que l'attitude chaleureuse, la

compréhension et l'écoute active des intervenants pourraient favoriser le lien et le partenariat avec les clients sous contraintes judiciaires. Ainsi, comme observé dans ce mémoire, la compréhension et l'écoute active (Tableau 5) semblent être des attitudes favorables importantes. Finalement, bien que ses résultats concernent la relation entre les agents de probation et les contrevenants, Kras (2013) observe que les contrevenants ont des opinions plus favorables par rapport à cette relation quand les agents font preuve de respect et de non-jugement. C'est d'ailleurs une des attitudes les plus fréquemment rapportées par les participants dans ce mémoire (Tableau 5).

L'importance relative de l'alliance thérapeutique dans le cheminement des participants

L'étude de Redko *et al.* (2007) offre également des résultats qui démontrent les impacts d'une bonne alliance, telle que vécue par les participants. Notamment, l'AT a favorisé leur estime de soi, leurs relations interpersonnelles et a augmenté leur sentiment d'auto efficacité. Ainsi, l'AT a grandement contribué à leur cheminement. Dans ce mémoire, ces résultats ne sont pas observés. Seuls quelques participants ont la perception que l'alliance avec leur intervenant est essentielle à leur cheminement thérapeutique. Pour les autres, le groupe de pairs et le programme de traitement sont aussi importants, sinon plus que l'AT.

Le fait que les participants ne perçoivent pas tous l'AT comme essentielle, n'est pas un résultat si surprenant, car le traitement ne se déroule pas entièrement en individuel, mais en groupe à l'intérieur d'un programme complet. Il y a donc la relation

entre l'intervenant et le client, mais aussi la relation entre le client et les autres membres du groupe (Mörtberg, 2014; Robak *et al.*, 2013). Plus encore, si on considère la relation que chaque client établit avec chaque membre du groupe, les relations possibles sont multiples (Wagner et Ingersoll, 2015). De plus, les participants cheminent à l'intérieur d'un programme dont la structure, l'horaire, les activités, etc. sont prévus pour aider les participants à cheminer. Ainsi, ces résultats sont logiques : le groupe, le programme et l'AT contribuent au cheminement thérapeutique à différents niveaux selon les participants.

Ces résultats vont dans le même sens que les études recensées puisque la plupart soulignent que l'alliance n'est pas le seul facteur qui contribue au cheminement thérapeutique en contexte de groupe. Généralement, il est question dans ces études du climat de groupe, de la cohésion et de l'AT (Crowe et Grenyer, 2008; Hansen *et al.*, 2005; Robak *et al.*, 2013; Wagner et Ingersoll, 2015). Les auteurs ne s'entendent pas tous sur la façon de distinguer ces trois variables. Brièvement, l'AT réfère à la relation entre le client et l'intervenant, alors que la cohésion est plus complexe puisqu'elle réfère à la relation entre les clients dans le groupe (relation client-client, relation client-groupe, relation client-sous-groupe, etc.) (Wagner et Ingersoll, 2015). Quant au climat, il réfère davantage à l'environnement et à l'atmosphère émotionnelle dans le groupe (Crowe et Grenyer, 2008; Wagner et Ingersoll, 2015). Donc, même si les participants ne perçoivent pas tous l'AT comme essentielle à leur cheminement, cela ne signifie pas qu'elle n'est d'aucune importance. Ce résultat signifie plutôt qu'elle se traduit différemment en

contexte de groupe (Crowe et Grenyer, 2008), notamment parce que le climat et la cohésion de groupe sont des variables qui interviennent aussi dans le cheminement des participants. Ainsi, Hansen *et al.* (2005) ont tenté de comparer ces variables entre elles et leurs résultats révèlent étonnamment qu'elles sont apparentées. Qu'il soit question d'alliance, de cohésion ou de climat, leurs résultats révèlent que ces variables réfèrent toutes à des construits similaires. Évidemment, d'autres études sont nécessaires, mais ce résultat montre qu'il demeure pertinent de s'intéresser à l'AT, même en contexte de groupe. D'ailleurs, rappelons que certains participants n'apprécient pas que le traitement se déroule uniquement en groupe et qu'ils aimeraient aussi cheminer avec les intervenants.

Un cas divergent

Mario est un participant dont le cas se distingue des autres. D'abord, sur le plan de la motivation, il est le seul n'ayant exprimé aucune motivation au changement. L'hypothèse plausible est celle à l'effet que Mario n'a peut-être pas un problème de consommation assez sévère pour être dans ce type de traitement. En effet, comme montré dans le Tableau 4, il consomme depuis seulement un an et affirme que sa problématique principale n'est pas la consommation. Cette hypothèse est en lien avec les recommandations de Schneeberger et Brochu (2000) à l'effet que les pressions judiciaires exercées sur les contrevenants pour favoriser leur intégration en traitement devraient être faites que sur ceux qui ont réellement des problèmes de consommation. Ainsi, si Mario est dans un traitement trop intensif par rapport à la gravité de sa

consommation, et qu'en plus il ne présente aucune motivation à changer (même pas une motivation extrinsèque), il n'est pas surprenant que la qualité de l'AT en soit affectée. Ses propos sont négatifs sur tous les plans : objectifs, accord, collaboration, lien, confiance, tâches, etc.

Néanmoins, les propos de Mario mettent en lumière une autre hypothèse. À quelques reprises, il affirme que ses origines culturelles sont en cause. Il serait hâtif d'émettre cette conclusion, mais cette hypothèse mériterait d'être étudiée. Mario rapporte souvent qu'il ne se sent pas compris et que les difficultés qu'il vit ne sont pas celles que les intervenants voient. Il y a peut-être ici une barrière culturelle qui freine la compréhension mutuelle. Ainsi, le lien avec les intervenants n'est pas favorisé ce qui rend difficile l'accord sur les objectifs et les tâches et compromet l'AT.

Implications pour la pratique psychoéducative

Dans les sections précédentes, les résultats en lien avec chacune des questions de recherche ont été discutés ainsi que le cas particulier d'un participant. Maintenant, il est question des retombées de ces résultats sur les pratiques d'intervention auprès des personnes dépendantes aux SPA en traitement sous mesures judiciaires.

D'abord, sur le plan de la motivation, les résultats évoquent l'importance d'évaluer à la fois la motivation au traitement et au changement. Ainsi, les psychoéducateurs et les futurs psychoéducateurs devraient être sensibilisés à cette

importante distinction. Dans les pratiques actuelles, la manière la plus utilisée pour évaluer la motivation est celle basée sur le modèle transthéorique du changement de Prochaska, Diclemente et Norcross (1992). Ce modèle propose cinq stades par lesquels les individus passent avant de compléter un changement : précontemplation, contemplation, préparation, action, et maintien. L'évaluation consiste alors à situer l'individu dans un de ces stades pour pouvoir ensuite ajuster les interventions en conséquence. Or, bien qu'il soit pertinent d'utiliser ce modèle, ce n'est pas suffisant puisque seule la motivation au changement est évaluée. D'autres outils, modèles de référence ou moyens pourraient être mis en place pour évaluer également leurs motivations au traitement.

D'autre part, les résultats de ce mémoire montrent qu'il est préférable de ne pas catégoriser les individus comme intrinsèquement ou extrinsèquement motivés. L'importance réside dans l'évaluation de l'ensemble des motivations pour en comprendre la nature. Les motivations externes ne devraient pas être jugées négativement. Au contraire, les intervenants auraient intérêt à les exploiter pour retenir les clients en traitement, développer une AT, et ainsi faire naître des motivations plus intrinsèques. Cette recommandation est soutenue par d'autres auteurs (Gros-Louis, 2011; Kelly *et al.*, 2005; Patra *et al.*, 2010; Stevens *et al.*, 2006).

Par conséquent, l'utilisation des techniques et l'adoption des attitudes issues de l'EM (Miller et Rollnick, 2013) semblent indiquées, notamment pour les

psychoéducateurs qui interviennent auprès des clients sous contraintes judiciaires (Matthews et Hubbard, 2007). En effet, en EM, aucun jugement n'est porté sur les motivations du client. Au contraire, l'EM est conçu pour renforcer la motivation d'une personne en faisant émerger et en explorant ses propres raisons de changer dans une atmosphère de non-jugement et d'altruisme (Miller et Rollnick, 2013). Ainsi, les attitudes prônées dans l'EM correspondent à bon nombre de comportements et attitudes favorables à l'AT évoqués par les participants dans ce mémoire (écoute active, respect [non-jugement], compréhension et empathie). Qui plus est, l'EM se pratique tant en modalité individuelle qu'en groupe (Wagner et Ingersoll, 2015). Toutefois, cette manière d'intervenir avec le cadre de référence du client n'est pas simple (car elle force l'intervenant à mettre son expertise de côté et comme les résultats le montrent, certains intervenants ont cette tendance), mais elle contribue à diminuer les résistances et facilite la création d'une forte alliance (Gros-Louis, 2011).

Par ailleurs, en fonction du modèle issu des résultats (Figure 3), bien qu'il semble que la dimension des tâches soit moins importante dans ce contexte de traitement, les psychoéducateurs gagneraient peut-être à mettre plus d'emphasis sur cette dimension. En effet, comme le soulignent Baillargeon et Puskas (2013), le manque d'engagement entre le client et l'intervenant sur le plan des tâches peut faire en sorte que le client entretienne de fausses attentes par rapport à l'intervenant, ce qui peut compromettre l'AT. Également, cela ouvre la porte à des désaccords qui sont aussi susceptibles de provoquer un bris d'alliance. Il y a d'ailleurs un lien intéressant à faire avec cette recommandation

et les composantes de l'intervention psychoéducative proposées par Gendreau (2001), notamment celle du « système de responsabilité » qui souligne l'importance que chaque acteur impliqué dans l'intervention (dans le traitement) ait des fonctions, rôles et tâches. De plus, Baillargeon et Puskas (2013) suggèrent aussi aux psychoéducateurs d'utiliser des outils comme l'Inventaire d'alliance thérapeutique (IAT; Baillargeon et Leduc, 2002) pour évaluer l'alliance et vérifier si l'une des dimensions est négligée. Brièvement, l'IAT est la traduction française du WAI (Horvath et Greenberg, 1989). C'est un questionnaire complété par l'intervenant et le client et il se divise en trois sous-échelles selon les trois dimensions du modèle de Bordin (1979). Il fournit donc un score total d'alliance et un score pour chacune des dimensions. Ainsi, le psychoéducateur peut utiliser l'IAT à des fins cliniques, principalement comme « moyen de mise en interaction »²⁰. Par exemple, l'intervenant peut initier une discussion avec son client autour des scores de l'IAT, comparer ses scores avec ceux de son client, lui demander ce qu'ils pensent de ces scores, etc. Par conséquent, cet outil est un moyen que pourraient utiliser les intervenants (particulièrement les IAS) pour mettre plus d'emphasis sur la dimension des tâches ou du moins, pour comprendre pourquoi cette dimension est moins importante.

Gros-Louis (2011) soutient également l'utilisation d'outils cliniques pour mesurer la perception des clients de l'alliance, puisque l'intervenant doit la connaître

²⁰ Les moyens de mise en interaction permettent d'initier des interactions qui mèneront à l'établissement d'une relation entre les acteurs (clients, intervenants, etc.) de l'intervention afin de permettre aux clients d'être actifs dans leur cheminement et d'atteindre leurs objectifs. (Chénard, 2014)

pour pouvoir s'ajuster et ainsi la renforcer. À cet effet, puisque les facteurs qui favorisent et qui nuisent à l'alliance tendent à varier d'un client à l'autre, il est dans l'intérêt de l'intervenant de vérifier régulièrement la perception des clients, car une attitude qui plait à l'un ne plaira pas nécessairement à l'autre. Les résultats au sujet de la confrontation en sont un bon exemple. De plus, cette dernière recommandation est liée au principe de réceptivité issu du modèle RBR (risques, besoins, réceptivité) brièvement décrit dans la première partie du mémoire. Selon ce principe, le traitement offert aux contrevenants doit être adapté à leurs caractéristiques (style d'apprentissage, motivation, aptitudes, etc.) de façon à ce qu'ils puissent y tirer le maximum d'enseignement (Andrews *et al.*, 1990; Bonta et Andrews, 2007). Ainsi, comme le soulignent Matthews et Hubbard (2007), le respect de ce principe risque fort de contribuer à l'amélioration de l'alliance. Bien que ce soit un cas unique, Mario est probablement un bon exemple de ce qui peut se produire lorsque ce principe n'est pas respecté.

Les résultats démontrent que les limites de la confidentialité ne sont pas toujours claires ce qui affecte la confiance que les clients accordent aux intervenants, et ainsi compromet la dimension du lien. Par conséquent, il est important que les intervenants clarifient avec les clients les limites de la confidentialité particulièrement dans ce contexte de traitement sous mesures judiciaires (ce qui sera ou non dévoilé aux autorités judiciaires) (Brochu *et al.*, 2016).

En terminant, comme il fut mentionné à quelques reprises, le fait d'avoir un IAS semble favoriser le développement et le maintien de l'AT. Ainsi, bien que la cohésion de groupe et le climat contribuent au cheminement des clients, pour favoriser la relation intervenant-client, il est recommandé que les clients aient un IAS.

Limites de l'étude

Bien que des efforts aient été mis pour que la méthode utilisée dans ce mémoire soit la plus rigoureuse possible, il comporte des limites.

D'abord, puisque le groupe est une importante composante du traitement dans les RHTJP, il aurait été intéressant de documenter le climat et la cohésion de groupe, notamment en ajoutant des questions à ce sujet au guide d'entretien. Ainsi, les données auraient été plus riches et un comparatif intéressant entre l'alliance, le climat et la cohésion aurait peut-être émergé.

D'autre part, sur les 46 RHTJP de la région de Québec, seules quatre ont été sélectionnées comme milieu de recrutement, étant donné les moyens disponibles et les considérations liées à la faisabilité. En effet, en raison du budget disponible et du temps alloué pour l'étude, plusieurs RHTJP ont été exclus puisqu'elles se situent dans des villes trop éloignées. En conséquence, la transférabilité des résultats c'est-à-dire « la capacité d'une recherche (ses conclusions) de faire sens ailleurs » (Mukamurera *et al.*, 2006, p. 129) est réduite. Néanmoins, pour pallier cette limite, des efforts ont été mis

pour décrire chacune des RHTJP et chacun des participants. Ainsi, les résultats obtenus s'inscrivent dans ce contexte et sont uniquement transférables à des contextes similaires.

Quant à la taille de l'échantillon, en se référant au critère de saturation empirique (Fortin et Gagnon, 2010; Pires, 1997), bien qu'un certain nombre d'indices suggèrent sa validité scientifique, l'ajout de participants aurait peut-être apporté de nouvelles informations.

Sur le plan de l'analyse des données, bien qu'elle ait été effectuée le plus rigoureusement possible, notamment par l'utilisation de la méthode de « la vérification de la clarté des catégories » proposée par Thomas (2006), des méthodes supplémentaires auraient pu être utilisées pour donner aux résultats plus de rigueur, de fiabilité et d'objectivité. Par exemple, les résultats auraient pu être triangulés avec d'autres sources de données (Miles et Huberman, 2003). Principalement, il aurait été intéressant de recueillir aussi le point de vue des intervenants, puisque l'AT se développe entre un intervenant et un client (Bordin, 1979). Ces données auraient permis de corroborer (ou non) celles obtenues auprès des participants (Miles et Huberman, 2003). Également, il aurait été intéressant d'utiliser la méthode du « retour aux acteurs » (communiquer les résultats aux participants et solliciter leurs réactions) pour corroborer les résultats obtenus et s'assurer qu'ils soient représentatifs (Blais et Martineau, 2006; Mukamurera *et al.*, 2006; Thomas, 2006).

Finalement, comme déjà mentionné, il est possible que les participants aient surévalué leur motivation au traitement en raison du phénomène de la désirabilité sociale. Ce biais est observé dans d'autres études du même type (Stevens *et al.*, 2006; Tétrault *et al.*, 2007). Bien que des précautions aient été prises pour le contrer, notamment en assurant la confidentialité et l'anonymat en début d'entretien, l'honnêteté des participants n'est pas assurée.

Conclusion

L'objectif poursuivi par ce mémoire était d'explorer et de décrire le phénomène de l'AT dans le traitement des personnes dépendantes aux SPA sous mesures judiciaires. D'abord parce que les écrits scientifiques démontrent que l'alliance est l'une des variables les plus impliquées dans le succès thérapeutique, mais également parce que son développement est complexifié par le contexte de traitement sous contraintes judiciaires. Puisqu'il est le plus reconnu, le modèle de Bordin (1979) a été retenu pour conceptualiser l'AT et a servi de modèle de référence. Pour atteindre l'objectif de la recherche, une méthode qualitative a été privilégiée et des hommes présentant des indices d'un TUS dans un tel contexte de traitement ont été rencontrés dans le cadre d'entretiens individuels.

Dans un premier temps, puisque la motivation est un concept lié à celui de l'alliance, mais aussi parce qu'elle représente un enjeu dans l'intervention, les participants ont été questionnés sur leurs motivations à participer à un traitement et à changer leurs habitudes de consommation. À ce titre, la première conclusion est qu'il y a une différence entre la motivation au traitement et au changement. En second lieu, il en ressort que les participants ne se sentent pas contraints au traitement malgré le contexte judiciaire. Troisièmement, contrairement à ce qui est suggéré dans la littérature, les personnes en traitement sous mesures judiciaires ne sont pas uniquement extrinsèquement motivées. Quatrièmement, les motivations externes des participants

sont davantage reliées au traitement alors que les motivations internes sont davantage liées au changement. De façon générale, ces conclusions fournissent des indications pour l'évaluation et l'intervention psychoéducative auprès de cette clientèle. D'une part, tous les types de motivations devraient être évalués (traitement, changement, interne et externe) sans qu'un préjudice ne soit porté aux motivations externes. D'autre part, les attitudes et les techniques d'intervention proposées par l'EM sont à privilégier.

Dans un deuxième temps, les participants ont été questionnés sur chacune des dimensions du modèle de l'AT de Bordin (1979) afin de vérifier comment se traduit ce modèle dans ce contexte de traitement sous contraintes. La première conclusion est qu'il prend une forme différente. Chacune des dimensions n'est pas d'importance équivalente. La dimension des tâches est peu représentée par rapport à celle du lien affectif, lequel apparaît être très impliqué dans le développement de l'alliance. Qui plus est, contrairement au modèle de Bordin (1979), les dimensions ne sont pas interdépendantes. La dimension du lien affectif semble être un prérequis aux deux autres dimensions (objectifs et tâches). La deuxième conclusion concerne la collaboration autour de l'accord sur les objectifs de traitement. Bien que les intervenants utilisent un style directif, habituellement déconseillé en relation d'aide, les participants adhèrent aux objectifs établis et décrivent une collaboration satisfaisante. Troisièmement, la forme de suivi individuel avec un IAS favorise la création de l'alliance par rapport à la forme sans IAS. Quatrièmement, certaines variables influencent la création du lien affectif parce qu'elles ont un impact sur la confiance que les participants accordent aux intervenants.

Ces variables sont : le temps (l'alliance prend du temps à se créer), la confidentialité, le statut « d'ex-dépendant » de l'intervenant, son sexe et son âge. En terminant, de façon générale, ces conclusions fournissent des indications pour les intervenants et psychoéducateurs quant à la création de l'alliance avec cette clientèle. Principalement, il s'agit pour les intervenants d'utiliser des instruments de mesure de l'AT, de favoriser avant tout la création du lien affectif, notamment en spécifiant les limites de la confidentialité, en étant patient et en étant conscient que certaines caractéristiques (sexe, âge, etc.) peuvent influencer la confiance. Bien que le traitement offert se déroule en groupe, pour favoriser l'alliance, des intervenants devraient être attirés au cheminement des participants pour la durée du programme.

Dans un troisième temps, les participants ont été questionnés sur les facteurs qu'ils perçoivent comme étant favorables ou nuisibles à l'établissement et au maintien de l'alliance. Bien que les participants aient été en mesure d'énumérer une série de comportements et d'attitudes, la première conclusion est qu'il y a peu de consensus. Cette conclusion soutient les indications précédemment mentionnées pour l'évaluation et l'intervention psychoéducative auprès de cette clientèle. D'une part, l'utilisation de l'EM est recommandée puisque plusieurs comportements et attitudes évoqués par les participants correspondent à ceux prônés dans cette approche. D'autre part, l'utilisation d'instruments de mesure de l'alliance est suggérée pour connaître ce qui favorise ou qui nuit à l'alliance selon la perception du client. En terminant, les participants ont également été invités à se prononcer sur l'importance de l'alliance dans leur

cheminement thérapeutique. À ce titre, la dernière conclusion est qu'elle n'est pas perçue comme indispensable par tous les participants. Le programme de traitement et la modalité de groupe seraient également impliqués.

Cette dernière conclusion suggère que les recherches futures devraient porter sur le développement de l'AT en contexte de groupe en incluant des variables telles que le climat et la cohésion de groupe. D'une part, il serait intéressant de voir l'importance de chacune de ces variables dans l'issue du traitement et d'autre part de comprendre comment favoriser le développement de chacune d'entre elles.

Qui plus est, en fonction du cas divergent d'un des participants, il serait intéressant que des recherches futures se penchent sur le développement et le maintien de l'alliance dans des contextes culturels différents.

De plus, bien que l'objectif de ce mémoire ne soit pas de remettre en doute le modèle de l'AT proposé par Bordin (1979), il serait peut-être pertinent que d'autres recherches qualitatives soient menées à ce sujet. La plupart des recherches utilisent des méthodes quantitatives et mesurent l'alliance à partir d'instruments de mesure, dont plusieurs sont fondés sur le modèle de Bordin (1979). Ainsi, il serait intéressant d'étudier l'alliance au-delà de ce modèle notamment en vérifiant la validité du modèle obtenu dans cette étude.

Finalement, sur le plan de la motivation, il serait pertinent que les recherches explorent à la fois la motivation au traitement et au changement chez les personnes en traitement sous contraintes. Généralement, ces deux types de motivations ne sont pas pris en compte dans les études (Tétrault *et al.*, 2007). Également, de futures études devraient porter sur les motivations externes pour vérifier comment elles peuvent être utilisées sagement dans le processus motivationnel des individus contraints à consulter.

Références

- Agnew-Davies, R., Stiles, W. B., Hardy, G. E., Barkham, M. et Shapiro, D. A. (1998). Alliance structure assessed by the Agnew Relationship Measure (ARM). *British Journal of Clinical Psychology*, 37(2), 155-172.
- American Psychiatric Association (APA). (2003). *DSM-IV-TR: manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (4 éd., J. D. Guelfi et M-A. Crocq, Trad.). Paris, France : Masson. (Ouvrage original publié en 1994 sous le titre *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4 ed.). Washington, DC : American Psychiatric Association).
- American Psychiatric Association (APA). (2015). *DSM-5: manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (5 éd., M-A. Crocq, J. D. Guelfi, P. Boyer, C-B. Pull et M-C. Pull, Trad.). Paris, France: Elsevier Masson. (Ouvrage original publié en 2003 sous le titre *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5 ed.). Washington, DC : American Psychiatric Association).
- Ardito, R. B. et Rabellino, D. (2011). Therapeutic alliance and outcome of psychotherapy: Historical excursus, measurements, and prospects for research. *Frontiers in Psychology*, 2, 1-11. doi: 10.3389/fpsyg.2011.00270
- Arnett, J. J. (2000). Emerging adulthood: A theory of development from the late teens through the twenties. *American Psychologist*, 55(5), 469-480.
- Arseneault, C. (2014). *Évaluation des effets du programme d'intervention en toxicomanie offert par le Centre de réadaptation en dépendance de Québec à l'Établissement de détention de Québec*. (Thèse de doctorat inédite). Université du Québec à Trois-Rivières.
- Assemblée Nationale. (2009). *Projet de loi n°21. Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé mentale et des relations humaines* (Chapitre 29). Récupéré du site de Publications Québec, section Lois du Québec 2009 : <http://www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/home.php>
- Association des centres de réadaptation en dépendance du Québec. (2014). *Le privilège de redonner du pouvoir : Portrait d'un réseau public spécialisé, aux pratiques éprouvées*. Montréal, QC : Association des centres de réadaptation en dépendance du Québec.

- Baillargeon, P. et Leduc, A. (2002). *Inventaire de l'alliance thérapeutique (IAT)*. Trois-Rivières, QC : Université du Québec à Trois-Rivières.
- Baillargeon, P., Pinsof, W.-M. et Leduc, A. (2005). Modèle systémique de l'alliance thérapeutique. *Revue européenne de psychologie appliquée*, 55(3), 137-143. doi: 10.1016/j.erap.2004.09.001
- Baillargeon, P. et Puskas, D. (2013). L'alliance thérapeutique: conception, pratique. *Défi jeunesse*, 19(3), 4-9.
- Beaudette, J. N., Power, J. et Stewart, L. A. (2015). *La prévalence nationale des troubles mentaux chez les délinquants de sexe masculin sous responsabilité fédérale nouvellement admis*. Ottawa, ON: Service correctionnel du Canada
- Bibring, E. (1937). On the theory of the results of psychoanalysis. *Journal of Psycho-Analysis*, 18, 170-189.
- Blais, M. et Martineau, S. (2006). L'analyse inductive générale: description d'une démarche visant à donner un sens à des données brutes. *Recherches qualitatives*, 26(2), 1-18.
- Bonta, J. L. et Andrews, D. A. (2007). *Modèle d'évaluation et de réadaptation des délinquants fondé sur les principes du risque, des besoins et de la réceptivité*. Ottawa, ON : Sécurité publique Canada.
- Bordin, E. S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 16(3), 252-260. doi: 10.1037/h0085885
- Bowlby, J. (1988). *A secure base: Clinical applications of attachment theory*. London, Royaume-Uni: Routledge and Kegan Paul.
- Brenner, C. (1979). Working alliance, therapeutic alliance, and transference. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 27, 137-157.
- Brocato, J. et Wagner, E. F. (2008). Predictors of retention in an alternative-to-prison substance abuse treatment program. *Criminal justice and Behavior*, 35(1), 99-119. doi: 10.1177/0093854807309429
- Brochu, S., Brunelle, N. et Plourde, C. (2016). *Drogue et criminalité: Une relation complexe* (3 éd.). Montréal, QC: Les Presses de l'Université de Montréal.

- Brochu, S., Cournoyer, L.-G., Tremblay, J., Bergeron, J., Brunelle, N. et Landry, M. (2006). Understanding treatment impact on drug-addicted offenders. *Substance Use and Misuse*, 41(14), 1937-1949.
- Brochu, S., Cournoyer, L., Motiuk, L. et Parnanen, K. (1999). Drugs, alcohol and crime: patterns among Canadian federal inmates. *Bulletin on Narcotics*, 51(1), 57-73.
- Brochu, S., Cousineau, M.-M., Gillet, M., Cournoyer, L.-G., Parnanen, K. et Motiuk, L. (2001). Les drogues, l'alcool et la criminalité: profil des détenus fédéraux canadiens. *FORUM - Recherche sur l'actualité correctionnelle*, 13(3), 22-26.
- Brochu, S. et Plourde, C. (2012). L'offre de services aux adultes toxicomanes sous le coup de mesures judiciaires: un jeu de murs et de ponts. Dans M. Landry, S. Brochu et N. Brunelle (dir.), *L'intégration des services en toxicomanie* (p. 107-130). Québec, QC : Les Presses de l'Université Laval.
- Centre canadien de lutte contre les toxicomanies. (2013). *Directives de consommation d'alcool à faible risque du Canada*. Ottawa, ON : Centre canadien de lutte contre les toxicomanies.
- Chauvet, M., Kamgang, E., Ngamini, A., Fleury, M. et Simoneau, H. (2015). *Les troubles liés à l'utilisation de substances psychoactives: prévalence, utilisation des services et bonnes pratiques*. Montréal, QC: Centre de réadaptation en dépendance de Montréal-Institut universitaire.
- Chénard, G. (2014). *Moyens de mise en interactions (mise en relation)*. Récupéré le 29 novembre du site d'Unipsed : <http://www.unipsed.net/?p=1218>
- Cournoyer, L. G., Brochu, S., Landry, M. et Bergeron, J. (2007). Therapeutic alliance, patient behaviour and dropout in a drug rehabilitation programme: the moderating effect of clinical subpopulations. *Addiction*, 102(12), 1960-1970.
- Creswell, J. W. (2013). *Qualitative inquiry and research design: Choosing among five approaches* (3^e éd.). Los Angeles, CA: Sage publications.
- Crowe, T. P. et Grenyer, B. F. (2008). Is therapist alliance or whole group cohesion more influential in group psychotherapy outcomes? *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 15(4), 239-246. doi: 10.1002/cpp.583
- Fortin, M.-F. et Gagnon, J. (2010). *Fondements et étapes du processus de recherche: méthodes quantitatives et qualitatives*. Montréal, QC: Chenelière Éducation.
- Freud, S. (1913). On the beginning of treatment: Further recommendations on the technique of psychoanalysis. Dans J. Strachey (dir.), *The standard edition of the*

complete psychological works of Sigmund Freud (p. 122-144). London, Royaume-Uni: Hogarth Press.

- Gaston, L. (1991). Reliability and criterion-related validity of the California Psychotherapy Alliance Scales-patient version. *Psychological Assessment: A Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 3(1), 68-74. doi: 10.1037/1040-3590.3.1.68
- Gendreau, G. (2001). *Jeunes en difficulté et intervention psychoéducative*. Montréal, QC: Éditions Sciences et Culture
- Gibbons, M. C., Crits-Christoph, P., de la Cruz, C., Barber, J., Siqueland, L. et Gladis, M. (2003). Pretreatment expectations, interpersonal functioning, and symptoms in the prediction of the therapeutic alliance across supportive-expressive psychotherapy and cognitive therapy. *Psychotherapy Research*, 13(1), 59-76.
- Giorgi, A. (1997). De la méthode phénoménologique utilisée comme mode de recherche qualitative en sciences humaines: théorie, pratique et évaluation. Dans J. Poupard, L.-H. Groulx, J.-P. Deslauriers, A. Laperrière, R. Mayer et A.P. Pires (dir.). *La recherche qualitative: enjeux épistémologiques et méthodologiques* (p. 341-364). Montréal, QC : Gaëtan Morin Éditeur.
- Gouvernement du Canada. (2015, mars). *Enquête canadienne sur le tabac, l'alcool et les drogues (ECTAD) - Sommaire des résultats pour 2013*. Récupéré le 30 juillet 2016 de <http://canadiensensante.gc.ca/science-research-sciences-recherches/data-donnees/ctads-ectad/summary-sommaire-2013-fra.php>
- Greenson, R. R. (1965). The working alliance and the transference neurosis. *The Psychoanalytic Quarterly*, 34, 155-181.
- Gros-Louis, Y. (2011). Pour installer une forte alliance, rejoindre le monde du client. *Psychologie Québec / Dossier*, 28(2), 33-35.
- Hansen, J.-I. C., Johnson, J. E., Burlingame, G. M., Olsen, J. A., Davies, D. R. et Gleave, R. L. (2005). Group climate, cohesion, alliance, and empathy in group psychotherapy: Multilevel structural equation models. *Journal of Counseling Psychology*, 52(3), 310-321. doi: 10.1037/0022-0167.52.3.310
- Hiller, M. L., Narevic, E., Webster, J. M., Rosen, P., Staton, M., Leukefeld, C., ...Kayo, R. (2009). Problem severity and motivation for treatment in incarcerated substance abusers. *Substance Use and Misuse*, 44(1), 28-41.

- Horvath, A. O. et Greenberg, L. S. (1989). Development and validation of the Working Alliance Inventory. *Journal of Counseling Psychology*, 36(2), 223-233. doi: 10.1037/0022-0167.36.2.223
- Horvath, A. O. et Luborsky, L. (1993). The role of the therapeutic alliance in psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 31(4), 561-573.
- Horvath, A. O. et Symonds, B. D. (1991). Relation between working alliance and outcome in psychotherapy: A meta-analysis. *Journal of Counseling Psychology*, 38(2), 139-149.
- Hser, Y.-I., Grella, C. E., Hsieh, S.-C., Anglin, M. D. et Brown, B. S. (1999). Prior treatment experience related to process and outcomes in DATOS. *Drug and Alcohol Dependence*, 57(2), 137-150.
- Ilgen, M. A., McKellar, J., Moos, R. et Finney, J. W. (2006). Therapeutic alliance and the relationship between motivation and treatment outcomes in patients with alcohol use disorder. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 31(2), 157-162.
- Joe, G. W., Simpson, D. D., Dansereau, D. F. et Rowan-Szal, G. A. (2001). Relationships between counseling rapport and drug abuse treatment outcomes. *Psychiatric Services*, 52(9), 1223-1229.
- Justice Québec. (2015). *Victimes d'actes criminels: pour mieux comprendre la procédure judiciaire et les peines*. Récupéré le 21 juillet 2016 de <http://www.justice.gouv.qc.ca/francais/publications/generale/proc-peines.htm>
- Kelly, J. F., Finney, J. W. et Moos, R. (2005). Substance use disorder patients who are mandated to treatment: Characteristics, treatment process, and 1-and 5-year outcomes. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 28(3), 213-223.
- Kras, K. R. (2013). Offender perceptions of mandated substance abuse treatment. *Journal of Drug Issues*, 43(2), 124-143. doi: 10.1177/0022042612462219
- Kunic, D. et Grant, B. A. (2006). *Questionnaire informatisé sur la toxicomanie (QIT): résultats du projet pilote*. Récupéré du site de Service correctionnel du Canada : <http://www.csc-scc.gc.ca/recherche/r173-fra.shtml>
- La Maison Carignan. (2016). *Présentation générale des programmes thérapeutiques de La Maison Carignan*. Récupéré le 20 septembre 2016 de <http://www.maisoncarignan.qc.ca/presentation.html>

- La Maison Jean-Lepage. (2014). *Le centre de thérapie Jean-Lepage – Notre histoire*. Récupéré le 20 septembre 2016 de <http://www.maisonjeanlepage.com/histoire-centre-de-therapie/>
- LaCrosse, M. B. (1980). Perceived counselor social influence and counseling outcomes: Validity of the Counselor Rating Form. *Journal of Conseling Psychology*, 27, 320-327.
- Lalande, P. (2014). *Les services correctionnels du Québec : document d'information*. (9782550697770). Récupé du site : <http://collections.banq.qc.ca/ark:/52327/2402125>.
- Le Rucher. (2009). *Services et programmes*. Récupéré le 19 septembre 2016 de <http://centrelernerucher.com/?c=servprogr>
- Lecavalier, M., Marcil-Denault, J., Denis, I., Maltais, K. et Mantha, L. (2013). *La motivation, quelque chose qui se construit*. Montréal, QC: Centre Dollard-Cormier - Institut Universitaire sur les Dépendances.
- Lecompte, C. et Guillon, V. (1999). Face à la complexité et à l'incertitude: l'impossibilité de se défaire de soi. *Revue québécoise de psychologie*, 20(2), 37-63.
- Lecomte, C., Savard, R., Drouin, M.-S. et Guillon, V. (2004). Qui sont les psychothérapeutes efficaces? Implications pour la formation en psychologie. *Revue québécoise de psychologie*, 25(3), 73-102.
- Luborsky, L. (1976). Helping alliances in psychotherapy. Dans J. L. Cleghorn (dir.), *Successful psychotherapy* (p. 92-116). New York, NY: Brunner/Mazel.
- Magrinelli Orsi, M. et Brochu, S. (2009). Du sable dans l'engrenage: la motivation des clients sous contrainte judiciaire dans les traitements pour la toxicomanie. *Drogues, santé et société*, 8(2), 141-185.
- Martin, D. J., Garske, J. P. et Davis, M. K. (2000). Relation of the therapeutic alliance with outcome and other variables: A meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68(3), 438-450.
- Matthews, B. et Hubbard, D. (2007). The helping alliance in juvenile probation: The missing element in the "What Works" literature. *Journal of Offender Rehabilitation*, 45(1-2), 105-122.

- Meier, P. S., Barrowclough, C. et Donmall, M. C. (2005). The role of the therapeutic alliance in the treatment of substance misuse: A critical review of the literature. *Addiction*, 100(3), 304-316.
- Meier, P. S., Donmall, M. C., Barrowclough, C., McElduff, P. et Heller, R. F. (2005). Predicting the early therapeutic alliance in the treatment of drug misuse. *Addiction*, 100(4), 500-511.
- Meier, P. S., Donmall, M. C., McElduff, P., Barrowclough, C. et Heller, R. F. (2006). The role of the early therapeutic alliance in predicting drug treatment dropout. *Drug and Alcohol Dependence*, 83(1), 57-64.
- Melnick, G., De Leon, G., Thomas, G., Kressel, D. et Wexler, H. K. (2001). Treatment process in prison therapeutic communities: Motivation, participation, and outcome. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 27(4), 633-650.
- Miles, M. B. et Huberman, A. M. (2003). *Analyse des données qualitatives* (2 éd.). Bruxelles, Belgique: De Boeck.
- Miller, W. R. et Rollnick, S. (2013). *L'entretien motivationnel-2e éd.: aider la personne à engager le changement*. Paris, France : InterEditions.
- Ministère de la Sécurité publique. (2016). *Liste des organismes privés ou communautaires intervenant en toxicomanie et offrant de l'hébergement reconnus par les services correctionnels*. Récupéré le 18 septembre 2016 de <http://www.securitepublique.gouv.qc.ca/services-correctionnels/botins/intervenants-toxicomanie.html>
- Morse, J. M. (1995). The significance of saturation. *Qualitative Health Research*, 5(2), 147-149.
- Mörtberg, E. (2014). Working alliance in individual and group cognitive therapy for social anxiety disorder. *Psychiatry Research*, 220(1), 716-718.
- Mukamurera, J., Lacourse, F. et Couturier, Y. (2006). Des avancées en analyse qualitative: pour une transparence et une systématisation des pratiques. *Recherches Qualitatives*, 26(1), 110-138.
- Nielsen, A. L. et Scarpitti, F. R. (2002). Predicting retention in a therapeutic community for incarcerated substance abusers. *Journal of Offender Rehabilitation*, 34(3), 47-65. doi: 10.1300/J076v34n03_04

- Ordre des psychoéducateurs et psychoéducatrices du Québec (OPPQ). (2016). *Le psychoéducateur*. Récupéré le 6 décembre 2016 de <http://www.ordrepsed.qc.ca/fr/grand-public/le-psychoeducateur/>
- Ordre des psychoéducateurs et psychoéducatrices du Québec (OPPQ). (2003). *Le profil des compétences générales des psychoéducateurs*. Récupéré le 2 décembre 2016 de http://www.ordrepsed.qc.ca/~media/pdf/Psychoeducateur/Profil_des_comp_tences.ashx?la=fr
- Paillé, P. et Mucchielli, A. (2012). *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales* (3 éd.). Paris, France: Armand Colin.
- Patra, J., Gliksman, L., Fischer, B., Newton-Taylor, B., Belenko, S., Ferrari, M., ... Rehm, J. (2010). Factors associated with treatment compliance and its effects on retention among participants in a court-mandated treatment program. *Contemporary Drug Problems*, 37(2), 289-319.
- Pavillon de l'Assuétude. (2012). *La philosophie d'intervention*. Récupéré le 20 septembre 2016 de <http://www.pavillondelassuetude.ca/la-philosophie-d-intervention/notre-conception-de-la-toxicomanie>
- Pires, A. P. (1997). Échantillonnage et recherche qualitative : essai théorique et méthodologique. Dans J. Poupard, L-H. Groulx, J-P. Deslauriers, A. Laperrière, R. Mayer et A. P. Pires (dir.), *La recherche qualitative: enjeux épistémologiques et méthodologiques* (p. 365-389). Montréal, QC : Gaëtan Morin Éditeur.
- Plourde, C., Arseneault, C., Ferland, F., Blanchette-Martin, N., Alain, M., Roy, R.-C. et Garceau, P. (2015). *Évaluation des effets du programme d'intervention en toxicomanie offert par le Centre de réadaptation en dépendance de Québec à l'Établissement de détention de Québec* (Rapport de recherche). Trois-Rivières, QC: Université du Québec à Trois-Rivières.
- Plourde, C., Goyette, M., Brochu, S. et Alain, M. (2014). *Évaluation d'implantation du Programme de traitement de la toxicomanie de la Cour du Québec (PTTCQ)* (Rapport de recherche). Québec, QC: Ministère de la Justice.
- Prochaska, J., Diclemente, C. et Norcross, J. (1992). In search of how people change - applications to addictive behaviors. *American Psychologist*, 47(9), 1102-1114.
- Puskas, D. (2009). *Capteurs de rêves: rencontre d'accompagnement clinique psychoéducative*. Montréal, QC: Béliveau Éditeur.

- Puskas, D. (2014). *L'alliance thérapeutique : l'établir, le maintenir*. Document de formation inédit. Montréal, QC: Ordre des psychoéducateurs et psychoéducatrices du Québec.
- QSR International. (2012). N'Vivo qualitative data analysis software (version 10) [Logiciel]. Burlington, MA : QSR International.
- Redko, C., Rapp, R. C., Elms, C., Snyder, M. et Carlson, R. G. (2007). Understanding the working alliance between persons with substance abuse problems and strengths-based case managers. *Journal of Psychoactive Drugs*, 39(3), 241-250.
- Renou, M. (2014). *L'identité professionnelle des psychoéducateurs : une analyse, une conception, une histoire*. Montréal, QC: Béliveau Éditeur.
- Robak, R. W., Kangos, K. A., Chiffriller, S. H. et Griffin, P. W. (2013). The working alliance in group counseling: an exploratory study. *Psychological Reports*, 113(2), 1-14. doi: 10.2466/21.02.PR0.113x19z7
- Rogers, C. R. (1951). *Client-centered therapy: Its current practice, implications and theory*. Boston, MA : Houghton Mifflin.
- Ryan, R. M. et Deci, E. L. (2000). Intrinsic and extrinsic motivations: Classic definitions and new directions. *Contemporary Educational Psychology*, 25(1), 54-67.
- Safran, J. D. et Muran, J. C. (2000). *Negotiating the therapeutic alliance: A relational treatment guide*. New York, NY: Guilford Press.
- Savoie-Zajc, L. (2006). Comment peut-on construire un échantillonnage scientifiquement valide? *Recherches qualitatives*, 99-111.
- Schneeberger, P. et Brochu, S. (2000). Le traitement de la toxicomanie comme alternative à l'incarcération: un sentier rocailleux. *Criminologie*, 32(2), 129-149.
- Service correctionnel du Canada. (2012). *À propos de nous*. Récupéré le 20 juillet 2016 de <http://www.csc-scc.gc.ca/a-notre-sujet/index-fra.shtml>
- Services correctionnels du Québec. (2014). *Valeurs et philosophies des Services correctionnels*. Récupéré le 20 juillet 2016 de <http://www.securitepublique.gouv.qc.ca/services-correctionnels/fonctionnement-sc/valeurs-philosophies.html>
- Shearer, R. A. et Ogan, G. D. (2002). Voluntary participation and treatment resistance in substance abuse treatment programs. *Journal of Offender Rehabilitation*, 34(3), 31-45.

- Sia, T. L., Dansereau, D. F. et Czuchry, M. L. (2000). Treatment readiness training and probationers' evaluation of substance abuse treatment in a criminal justice setting. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 19(4), 459-467.
- Simoneau, H., Bergeron, J., Brochu, S. et Landry, M. (2004). Validation d'un questionnaire de motivation au traitement des toxicomanies. *Drogues, santé et société*, 3(1), 38-56.
- Simoneau, H., Bergeron, J. et Tremblay, J. (2011). *Unis dans l'action : formation première ligne adultes en dépendances : approche motivationnelle. Cahier du participant*. Québec, QC: La Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec.
- St-Cyr Tribble, D. et Saintonge, L. (1999). Réalité, subjectivité et crédibilité en recherche qualitative: quelques questionnements. *Recherches qualitatives*, 20, 113-125.
- Stevens, A., Berto, D., Frick, U., Hunt, N., Kerschl, V., McSweeney, T., ... Schaaf, S. (2006). The relationship between legal status, perceived pressure and motivation in treatment for drug dependence: results from a European study of quasi-compulsory treatment. *European Addiction Research*, 12(4), 197-209.
- Strong, S. R. (1968). Counseling: An interpersonal influence process. *Journal of Conseling Psychology*, 15, 215-224.
- Tétrault, M., Brochu, S., Cournoyer, L.-G., Bergeron, J., Brunelle, N., Landry, M. et Tremblay, J. (2007). La persévérance en traitement des hommes toxicomanes judiciairisés: un problème de motivation. *Revue internationale de criminologie et de police technique et scientifique*, 60(1), 41-54.
- Thomas, D. R. (2006). A general inductive approach for analyzing qualitative evaluation data. *American Journal of Evaluation*, 27(2), 237-246.
- Urbanoski, K. A., Kelly, J. F., Hoepfner, B. B. et Slaymaker, V. (2012). The role of therapeutic alliance in substance use disorder treatment for young adults. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 43(3), 344-351.
- Vandeveld, S., Palmans, V., Broekaert, E., Rousseau, K. et Vanderstraeten, K. (2006). How do drug-involved incarcerated and recently released offenders and correctional treatment staff perceive treatment? A qualitative study on treatment needs and motivation in Belgian prisons. *Psychology, Crime and Law*, 12(3), 287-305.

- Wagner, C. et Ingersoll, K. (2015). *Pratique de l'entretien motivationnel en groupe*. Paris, France: InterEditions.
- Wolfe, S., Kay-Lambkin, F., Bowman, J. et Childs, S. (2013). To enforce or engage: The relationship between coercion, treatment motivation and therapeutic alliance within community-based drug and alcohol clients. *Addictive Behaviors*, 38(5), 2187-2195.
- Zetzel, É. R. (1956). Current concepts of transference. *International Journal of Psychoanalysis*, 37(4-5), 369-376.

Appendice A
Formulaire d'information et de consentement

**FORMULAIRE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT
PROJET DE MÉMOIRE - ÉTUDE QUALITATIVE**

Titre de la recherche : *Les mesures judiciaires ont-elles un impact sur l'alliance thérapeutique : Point de vue de personnes dépendantes en centre de traitement.*

Responsables de la recherche :

- *Marie-Eve Bédard-Nadeau, étudiante à la maîtrise en psychoéducation, département de psychoéducation, Université du Québec à Trois-Rivières (418) 659-2170 poste 2822, marie-eve.bedard.nadeau@uqtr.ca*
- *Chantal Plourde, Ph.D., directrice du mémoire, professeure titulaire, département de psychoéducation, Université du Québec à Trois-Rivières, 1-800-365-0922 poste 4003, chantal.plourde@uqtr.ca*
- *Catherine Arseneault, Ph.D., co-directrice du mémoire, professeure associée, département de psychoéducation, Université du Québec à Trois-Rivières, catherine.arseneault@uqtr.ca*

A) RENSEIGNEMENTS AUX PARTICIPANTS

1. Introduction

Il est important de bien lire et comprendre le présent formulaire de consentement pour la recherche à laquelle nous vous demandons de participer. Prenez tout le temps nécessaire pour prendre votre décision. Vous pouvez consulter vos proches et vos amis avant de prendre votre décision. N'hésitez pas à poser en tout temps vos questions.

2. Description du projet

Vous êtes invité à participer à un projet de recherche qui vise à documenter l'impact des mesures judiciaires sur le développement de l'alliance thérapeutique en contexte de traitement de la toxicomanie. Ce projet vise à connaître votre perception quant à l'alliance que vous avez développée avec vos intervenants dans le cadre de la thérapie, quant aux facteurs qui vous ont aidé à développer cette alliance et quant à ses impacts sur votre cheminement.

La recherche qualitative à laquelle vous êtes invité à participer a pour objectif de recruter une quinzaine de participants en centre de traitement des dépendances ayant intégré sous certaines mesures judiciaires ou ayant intégré sans mesures judiciaires. Deux groupes seront ainsi formés ce qui permettra de vérifier les impacts des mesures judiciaires sur l'alliance thérapeutique en analysant les similitudes et les divergences dans le discours de chacun.

3. Participation à la recherche

Si vous acceptez de participer, vous serez appelé à rencontrer Mme Marie-Eve Bédard Nadeau, étudiante à la maîtrise en psychoéducation qui est spécialement formée à l'entretien qualitatif. Il est prévu que l'entretien dure environ 60 minutes. L'entretien semi-dirigé auquel vous participerez a pour objectif de recueillir votre perception, vos opinions et points de vue sur le thème de l'alliance thérapeutique²¹. L'entretien est divisé en quatre thèmes généraux. D'abord, vous serez invité à discuter de vos motivations et de ce qui vous a amené à entreprendre un traitement en lien avec votre consommation de drogues et/ou d'alcool. En deuxième lieu, afin de découvrir les facteurs qui vous ont aidé à développer une alliance avec vos intervenants et afin de comprendre comment cette alliance contribue à votre cheminement, vous serez questionné sur vos objectifs, vos moyens de les atteindre et sur le lien que vous entretenez avec vos intervenants. Finalement, vous serez invité à discuter ouvertement de votre perception de l'alliance thérapeutique, en quoi elle est importante et quels sont les moyens que les intervenants devraient prendre pour la favoriser. Comme l'objectif de la recherche est de comprendre l'impact des mesures judiciaires sur l'alliance thérapeutique, deux groupes seront formés. Tous les participants sont des personnes actuellement en centre de traitement. Toutefois, le premier groupe sera formé de personnes qui suivent le traitement sous des modalités judiciaires alors que l'autre sera formé de personnes qui suivent le traitement sans contrainte judiciaire. Les mêmes questions seront posées aux deux groupes, l'objectif étant de cerner les similitudes et divergences entre eux.

4. Avantages

Votre participation à ce projet de recherche contribuera à l'avancement des connaissances et à l'amélioration des pratiques professionnelles auprès des personnes judiciairisées et auprès des personnes ayant un trouble lié à l'utilisation d'une substance. Grâce à votre participation, les intervenants pourront augmenter leurs connaissances et être mieux outillés pour intervenir auprès d'eux. Certaines personnes pourront également percevoir leur participation à cette étude comme une occasion de faire valoir leur point de vue sur leur expérience relationnelle avec les intervenants en centre de traitement des dépendances.

5. Risques et inconvénients

Votre participation au projet de recherche peut comporter certains inconvénients. Notamment, le temps de passation de 60 minutes. Bien que les questions qui vous seront posées n'exigent pas le dévoilement d'informations personnelles et intimes, certaines questions pourraient vous faire vivre un malaise ou un inconfort. Si tel est le cas, l'agent de recherche pourra, avec votre accord, vous référer à une personne ressource.

6. Diffusion des résultats

L'accès aux résultats sera possible via la bibliothèque de l'Université du Québec à Trois-Rivières (UQTR), une fois le mémoire déposé officiellement.

²¹ L'alliance thérapeutique peut se définir comme le lien affectif et la collaboration que vous avez développée avec vos intervenants.

7. Respect de la vie privée et protection de la confidentialité

Nous nous engageons à respecter la confidentialité des renseignements recueillis. Afin de protéger votre identité, vous serez désigné par un numéro de code. Les entrevues seront enregistrées et transcrites. Tous les renseignements obtenus seront dénominalisés (codés) et liés simplement aux renseignements identifiant votre lien de recrutement et détruits 5 ans après le dépôt du mémoire à l'UQTR. Les données de recherche seront conservées dans un local sous clef situé à l'UQTR et accessible aux seuls membres de l'équipe de recherche. Les résultats de ce projet de recherche pourront servir à des fins de publication ou de congrès scientifique sans que votre identité ne soit révélée.

9. Liberté de participation et droit de retrait

Votre participation à ce projet de recherche est tout à fait volontaire. Vous êtes donc libre d'accepter ou de refuser d'y participer, sans avoir à donner de raisons et sans que cela n'affecte les services que vous recevez. Vous êtes également libre de cesser votre participation à tout moment. Soyez assuré que les données qui auront été recueillies seront détruites et ne seront pas utilisées dans le cadre des analyses subséquentes. L'équipe de recherche se réserve aussi la possibilité de retirer un participant en lui fournissant des explications sur cette décision.

10. Responsabilité

Votre participation à ce projet ne vous empêche pas de faire valoir tous les recours légaux garantis par les lois en vigueur au Québec. Votre participation ne libère ni les chercheurs, ni l'établissement, de leur responsabilité civile et professionnelle.

11. Personnes ressources

Vous pourrez joindre Chantal Plourde, Ph.D., directrice du projet de mémoire, au 1-800-365-0922 poste 4003 si vous avez des questions ou désirez plus d'information au sujet de ce projet de recherche ou si vous voulez vous retirer du projet. Pour toute question ou plainte d'ordre éthique concernant cette recherche, vous devez communiquer avec la secrétaire du comité éthique de la recherche de l'Université du Québec à Trois-Rivières, au Décanat de la recherche et de la création, par téléphone au 1-800-365-0922 poste 2129 ou par courrier électronique CEREH@uqtr.ca.

Surveillance des aspects éthiques

Cette recherche est approuvée par le comité d'éthique de la recherche avec des êtres humains de l'Université du Québec à Trois-Rivières et un certificat portant le numéro CER-15-210-07.11 a été émis le 30 mars 2015.

B) CONSENTEMENT

J'ai lu et compris le contenu du présent formulaire. Je certifie qu'on me l'a expliqué verbalement. J'ai eu l'occasion de poser toutes mes questions et on y a répondu à ma satisfaction. Je sais que je suis **libre** de participer au projet et que je demeure libre de m'en retirer en tout temps, par avis verbal, sans préjudice. Je recevrai une copie signée et datée du présent formulaire.

Initiales

J'ai été informé et j'accepte que l'entretien auquel je consens à participer soit enregistré.

Initiales

Dans l'éventualité où un projet d'étude, dans le prolongement de celui-ci, serait financé au cours des cinq prochaines années, **j'autorise les membres de l'équipe de recherche à me contacter pour y participer.** Pour ce faire, ils pourront utiliser les coordonnées ci-dessous.

Initiales**FICHE D'INFORMATION DU PARTICIPANT**

Ces informations confidentielles sont requises afin de nous permettre de vous rejoindre. Vous êtes libre de répondre ou non à toutes ou CERTAINES de ces informations selon votre choix.

NOM : _____

PRÉNOM: _____

DATE DE NAISSANCE : _____

ADRESSE : _____ CODE POSTAL : _____

NO DE TÉLÉPHONE : _____

ADRESSE COURRIEL : _____

SIGNATURE DU PARTICIPANT :_____
Nom du participant_____
Signature du participant_____
Date

Engagement de l'équipe de recherche

Engagement de l'agent de recherche

Je certifie a) avoir expliqué au signataire les termes du présent formulaire de consentement; b) avoir répondu aux questions qu'il m'a posées à cet égard; c) lui avoir clairement indiqué qu'il reste à tout moment libre de mettre un terme à sa participation dans le projet; et d) que je lui remettrai une copie signée et datée du présent formulaire.

Marie-Eve Bédard Nadeau
Étudiante à la maîtrise en psychoéducation
Responsable du mémoire

Date

Engagement des chercheurs

Je certifie qu'on a expliqué au répondant les termes du présent formulaire d'information et de consentement, que l'on a répondu aux questions que celui-ci avait à cet égard et qu'on lui a clairement indiqué qu'il demeure libre de mettre un terme à sa participation, et ce, sans préjudice.

Je m'engage, avec l'équipe de recherche à respecter ce qui a été convenu au formulaire d'information et de consentement et à ce qu'une copie signée soit remise au sujet de recherche.

Chantal Plourde
Professeure titulaire au département de psychoéducation
Directrice du mémoire

Date

Catherine Arseneault
Professeure associée au département de psychoéducation
Co-Directrice du mémoire

Date

Merci de votre participation !

Appendice B
Approbation éthique

Le 30 mars 2015

Madame Marie-ève Bedard-Nadeau
Étudiante
Département de psychoéducation

Madame,

J'accuse réception des documents corrigés nécessaires à la réalisation de votre protocole de recherche intitulé **Les mesures judiciaires ont-elles un impact sur l'alliance thérapeutique : Point de vue de personnes dépendantes en centre de traitement** en date du 27 mars 2015.

Une photocopie du certificat portant le numéro (CER-15-210-07.11) vous sera acheminée par courrier interne. Sa période de validité s'étend du 30 mars 2015 au 30 mars 2016.

Nous vous invitons à prendre connaissance de votre certificat qui présente vos obligations à titre de responsable d'un projet de recherche.

Je vous souhaite la meilleure des chances dans vos travaux et vous prie d'agréer, Madame, mes salutations distinguées.

LA SECRÉTAIRE DU COMITÉ D'ÉTHIQUE DE LA RECHERCHE

FANNY LONGPRÉ
Agente de recherche
Décanat de recherche et de la création

FL/met

p. j. Certificat d'éthique

c. c. Mme Chantale Plourde, professeure au Département de psychoéducation
Mme Catherine Arseneault, chargée de cours au Département de psychoéducation

Le 23 février 2016

Madame Marie-Ève Bédard-Nadeau
Étudiante
Département de psychoéducation

Madame,

Les membres du comité d'éthique de la recherche vous remercient de leur avoir acheminé une demande de modifications pour votre protocole de recherche intitulé **Les mesures judiciaires ont-elles un impact sur l'alliance thérapeutique : Point de vue de personnes dépendantes en centre de traitement** (CER-15-210-07.11) en date du 22 février 2016.

Lors de sa 222^e réunion qui aura lieu le 18 mars 2016, le comité entérinera l'acceptation des modifications consistant à :

- Ajout du site de recrutement Pavillon de l'Assétude (en remplacement de la Maison de Job);
- Formation d'un seul groupe (hommes ayant intégré le traitement sous mesures judiciaires);
- Adaptation de l'objectif 3, des critères d'inclusion et du titre pour tenir compte des changements proposés (un seul groupe).

Le comité approuvera également la prolongation de votre certificat jusqu'au 30 mars 2017. Cette décision porte le numéro CER-16-222-08-02.03.

Veuillez agréer, Madame, mes salutations distinguées.

LA SECRÉTAIRE DU COMITÉ D'ÉTHIQUE DE LA RECHERCHE

FANNY LONGPRÉ
Agente de recherche
Décanat des études de cycles supérieurs et de la recherche

FL/kg

c. c. Mme Chantale Plourde, professeure au Département de psychoéducation
Mme Catherine Arseneault, chargée de cours au Département de psychoéducation

Appendice C
Guide d'entrevue

Guide d'entrevue

Bloc 1 - Introduction

Mise en contexte :

Selon les recherches, plus les gens qui consultent pour un problème de dépendance développent une bonne alliance avec leur intervenant, plus ils ont de chances d'atteindre leurs objectifs.

1. J'aimerais que vous me parliez de votre opinion générale à ce sujet. Qu'est-ce que vous pensez de ça?

Thèmes à aborder s'ils ne sont pas abordés spontanément par la personne :

- En accord, en désaccord et justification
- Qu'est-ce qu'une bonne alliance pour vous?
- Qu'est-ce qui fait que vous avez une bonne/mauvaise alliance avec votre(vos) intervenant(s)?

Bloc 2 - Motivations principales (intrinsèques et/ou extrinsèques)

2. Quelle est ou quelles sont vos motivations à suivre cette thérapie?

Questions facultatives pour aider la personne à identifier et à discuter de ses motivations :

- Lorsque vous avez décidé de prendre le téléphone pour demander à être admis ici, pourquoi l'avez-vous fait à ce moment précis (pourquoi pas une semaine avant ou une semaine plus tard)?

3. Pourquoi est-ce important pour vous de traiter votre dépendance?

- Tenter de différencier la motivation en lien avec l'arrêt/le contrôle de la consommation et la motivation à faire une thérapie.

4. Si vous aviez refusé d'intégrer la thérapie, quelles en auraient été les conséquences?

Thèmes à aborder s'ils ne sont pas abordés spontanément par la personne :

- Le poids de ces conséquences dans leur décision de faire la thérapie
- Perception de la contrainte : À quel point ils se sentent « contraints », « obligés », à faire la thérapie.
- Les gains/pertes associées à la poursuite ou à l'arrêt de la consommation

Bloc 3 – Accord sur les objectifs/buts de la thérapie

5. J'aimerais savoir quels sont vos objectifs. Que visez-vous à atteindre suite à votre thérapie? *Ici, c'est important de me parler de vos objectifs à vous, ce que vous désirez réellement et non ce que le centre de thérapie exige (abstinence) et ce que les intervenants vous conseillent.*

Thèmes à aborder s'ils ne sont pas abordés spontanément par la personne :

- Autres objectifs personnels en dehors de la consommation
- Justification - pourquoi ces objectifs?

6. Comment décririez-vous la collaboration avec votre(vos) intervenant(s) en lien avec l'élaboration de vos objectifs? Qu'est-ce qui fait que vous avez développé une bonne/mauvaise collaboration selon vous?

Thèmes à aborder s'ils ne sont pas abordés spontanément par la personne :

- Le degré d'accord de l'intervenant quant aux objectifs – les impacts
- Leurs objectifs réels (question 3) versus les objectifs partagés avec l'intervenant
- Attitude et les comportements de l'intervenant (aidants/non-aidants)
- **Perception de la capacité des intervenants de les aider à atteindre leurs objectifs (imp. ++)**

7. Outre les intervenants à l'intérieur de la thérapie, rencontrez-vous d'autres intervenants/professionnels (agent de probation, travailleur social, psychologue, etc.)? Si oui, retour aux questions 4 et 5 (quels sont les objectifs poursuivis et comment est la collaboration)

Bloc 4 – Les tâches

8. Quels sont les moyens que vous avez établis avec votre(vos) intervenant(s) pour atteindre vos objectifs? (Les choses que vous aurez à faire pour atteindre vos objectifs, par exemple : participer aux ateliers, tenir un journal de bord de mes émotions/envies de consommer, rencontre individuelle toutes les semaines, etc.).

Thèmes à aborder s'ils ne sont pas abordés spontanément par la personne :

- Les tâches (moyens) confiées à l'intervenant et à la personne
- Le lien entre les moyens et les objectifs

9. Comment ont été établis ces moyens?

Thèmes à aborder s'ils ne sont pas abordés spontanément par la personne :

- Contexte dans lequel ont été établis les moyens
- Les moyens ont été choisis par qui?
- Négociation?
- Le temps nécessaire pour bien fixer les moyens

10. Comment décrivez-vous votre collaboration avec vos (votre) intervenant(s) quant à l'établissement des moyens?

Thèmes à aborder s'ils ne sont pas abordés spontanément par la personne :

- Le degré d'accord de l'intervenant quant aux moyens – les impacts
- Attitude et les comportements de l'intervenant (aidants/non-aidants)

11. Si la personne a d'autres intervenants outre ceux de la thérapie : retour aux questions 8 à 10 (quels sont les moyens établis, comment ils ont été établis et comment est la collaboration avec ceux-ci)

Bloc 5 – Le lien

12. Comment décrivez-vous le lien, la relation que vous avez avec votre intervenant de suivi?

13. Comment décrivez-vous le lien, la relation que vous avez avec les intervenants en général?

14. Avez-vous l'impression d'entretenir un lien, une relation plus forte avec un(e) intervenant(e) en particulier? Comment expliquez-vous que le lien soit meilleur avec cette personne?

15. Quels sont les attitudes et les comportements que les intervenants devraient toujours ou ne jamais avoir pour développer un bon lien avec vous?

Thèmes à aborder s'ils ne sont pas abordés spontanément par la personne :

- Se sent-il respecté, pourquoi?
- A t'il confiance en l'intervenant, pourquoi?
- Se sent-il compris, pourquoi?
- Se sent-il écouté, pourquoi?
- Se sent-il aimé, pourquoi?

Appendice D
Fiche signalétique

Fiche signalétique

**** Seule l'équipe de recherche aura accès aux informations inscrites ci-dessous ****

Date de naissance : _____ / _____ / _____

Quel est le plus haut niveau de scolarité que vous avez complété?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Aucune scolarité ou uniquement l'école maternelle | <input type="checkbox"/> Dixième année ou secondaire 3 |
| <input type="checkbox"/> Première année | <input type="checkbox"/> Onzième année ou secondaire 4 |
| <input type="checkbox"/> Deuxième année | <input type="checkbox"/> Douzième année ou secondaire 5 |
| <input type="checkbox"/> Troisième année | <input type="checkbox"/> Études partielles dans un cégep, une école des métiers, un collège, un institut technique |
| <input type="checkbox"/> Quatrième année | <input type="checkbox"/> Diplôme ou certificat d'études dans un cégep, une école des métiers, un collège, un institut technique |
| <input type="checkbox"/> Cinquième année | <input type="checkbox"/> Études partielles à l'université ou certificat universitaire |
| <input type="checkbox"/> Sixième année | <input type="checkbox"/> Baccalauréat, maîtrise, doctorat acquis |
| <input type="checkbox"/> Septième année | |
| <input type="checkbox"/> Huitième année ou secondaire 1 | |
| <input type="checkbox"/> Neuvième année ou secondaire 2 | |

Quelle(s) substances consommez-vous?

- Alcool
- Héroïne
- Cocaïne
- Amphétamines
- Cannabis
- Hallucinogènes
- Inhalants
- Autres : _____

Quelle(s) substances cause(nt) un problème majeur?

- Alcool
- Héroïne
- Cocaïne
- Amphétamines
- Cannabis
- Hallucinogènes
- Inhalant
- Autres : _____

Date de début de la thérapie actuelle : _____ / _____ / 2015

Date de fin prévue de la thérapie : _____ / _____ / 2015

Depuis combien d'années considérez-vous avoir un problème avec votre consommation?

Drogues : _____ ans _____ mois

Alcool : _____ ans _____ mois

Nombre de thérapies **commencées** à ce jour : _____

Nombre de thérapies **complétées** à ce jour : _____

Cette thérapie a-t-elle été **imposée** par le système judiciaire? Oui
 Non

Cette thérapie a-t-elle été **suggérée** par le système judiciaire? Oui
 Non

Si oui, lequel?

- Agent de probation
- Agent de libération conditionnelle
- Avocat
- Juge (libération sous caution)
- Autres : _____

**Présentement,
êtes-vous?**

- En libération conditionnelle
- En probation
- Emprisonnement avec sursis
- Permission de sortir
- Aucune mesure légale
- Autres : _____

À quel point, vous sentez-vous obligé de faire cette thérapie?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Je ne me sens pas du tout obligé Je me sens obligé