

Université de Montréal

**Facteurs associés à l'alliance thérapeutique chez les patients ayant des troubles
psychotiques**

Par

Geneviève Cloutier

École de criminologie

Faculté des arts et des sciences

Mémoire présenté à la Faculté des arts et des sciences
en vue de l'obtention du grade de Maîtrise ès sciences (M.Sc.)

en criminologie

option cheminement avec stage en intervention

avril 2014

© Geneviève Cloutier, 2014

Université de Montréal
Faculté des arts et des sciences

Ce mémoire intitulé :

**Facteurs associés à l'alliance thérapeutique chez les patients ayant des troubles
psychotiques**

présenté par :
Geneviève Cloutier

a été évalué par un jury composé des personnes suivantes :

M. Denis Lafortune
directeur de recherche

M. Stéphane Guay
membre du jury

Mme Jeanne-Marie Allard
examinatrice externe

RÉSUMÉ

Ce rapport de stage porte sur les facteurs associés à l'alliance thérapeutique chez les patients ayant des troubles psychotiques. Une recension des écrits portant sur les facteurs liés à l'alliance thérapeutique ainsi que sur les troubles psychotiques a été réalisée. Par la suite, une description du milieu de stage, le Centre d'Hébergement l'Entre-Toit, a été dressée. La présentation de la méthodologie utilisée afin d'effectuer les cinq études de cas précède la présentation des données, l'analyse ainsi que l'interprétation de ces dernières. Suite à l'analyse des données recueillies, il appert que certaines dimensions semblent jouer un rôle plus important dans la création de l'alliance thérapeutique, notamment les qualités de l'intervenant reconnues par le patient ainsi que les croyances positives relatives à la médication. D'autre part, certaines dimensions étudiées ne permettent pas d'obtenir de résultats probants. De plus, il s'avère que les facteurs associés à l'alliance thérapeutique ne semblent pas avoir le même impact pour toutes les personnes souffrant de troubles psychotiques. À la lumière des résultats obtenus, des recommandations sont formulées afin de guider les professionnels œuvrant auprès d'une clientèle présentant des troubles psychotiques afin de mettre l'accent sur les éléments importants, ceci dans l'objectif d'atteindre le niveau maximal d'alliance avec toutes les personnes. L'importance de viser une meilleure alliance thérapeutique s'inscrit dans un souci d'augmenter l'observance au traitement et de diminuer le risque de rechute ainsi que le risque d'un passage à l'acte violent.

Mots clefs : alliance thérapeutique, troubles psychotiques, observance, comportements violents, psychiatrie légale, alliance de travail.

ABSTRACT

This internship report examines the factors associated in therapeutic alliance with patients with psychotic disorders. A literature review based on the factors related to therapeutic alliance and psychotic disorders was performed. Thereafter, a description of the training environment, le Centre d'hébergement l'Entre-Toit, was performed. A presentation of the methodology used to carry out the five case studies precedes the presentation of the data and the analysis along with the interpretation of those aforementioned data. In the analysis, collected data points out that some dimensions seem to play a role of moderate importance in the creation and maintenance of a therapeutic alliance as the clinician's qualifications as recognized by the patient and the positive beliefs about the medication. On the other hand, some dimensions studied did not provide conclusive results. In addition, it turns out that factors associated with therapeutic alliance do not seem to have the same impact for all persons with psychotic disorders. Based on the results, recommendations are formulated to guide professionals working with clients who have psychotic disorders. These recommendations emphasize important elements in order to achieve the maximum efficiency level of therapeutic alliance between the client and the counsellor. The aim of a better therapeutic alliance is part of an effort to increase treatment adherence and reduce risk of relapse and the risk to commit a violent act.

Keywords: therapeutic alliance, psychotic disorders, compliance, violent behavior, forensic psychiatry, working alliance.

TABLE DES MATIÈRES

1. INTRODUCTION	1
2. RECENSION DES ÉCRITS	3
2.1. La problématique et les objectifs visés	3
2.2. Définition des concepts	4
2.3. Les troubles psychotiques	6
2.3.1. <i>Description clinique de la schizophrénie.....</i>	6
2.3.2. <i>Les troubles psychotiques et la violence.....</i>	8
2.3.3. <i>Le traitement.....</i>	12
2.4. L'observance au traitement	13
2.4.1. <i>Les facteurs diminuant l'observance</i>	15
2.4.2. <i>Les facteurs favorisant l'observance</i>	16
2.5. L'alliance thérapeutique.....	18
2.5.1. <i>L'importance de l'alliance thérapeutique dans le traitement</i>	18
2.5.2. <i>Les facteurs influençant la création et le maintien de l'alliance</i>	21
2.5.2.1. <i>Les facteurs liés au patient</i>	22
2.5.2.2. <i>Les facteurs liés au thérapeute.....</i>	26
2.5.2.3 <i>Les facteurs externes</i>	28
2.6. Les limites de la littérature scientifique.....	29
3. STAGE CLINIQUE AU CENTRE D'HÉBERGEMENT L'ENTRE-TOIT	31
3.1. Description du Centre d'hébergement l'Entre-Toit.....	31
3.1.1. <i>Mandat.....</i>	31
3.1.2. <i>Itinéraires et processus de référence des clients vers l'organisme</i>	32
3.1.3. <i>Contingences institutionnelles</i>	35
3.1.4. <i>Rôle du criminologue.....</i>	36
3.2. Description des activités réalisées durant le stage	37
4. MÉTHODOLOGIE.....	41
4.1. Les sources de données	41
4.1.1. <i>Le dossier du résident.....</i>	41
4.1.2. <i>Les participants au projet.....</i>	42
4.1.3. <i>Les questionnaires</i>	42
4.1.3.1. <i>Le Working Alliance Inventory (WAI).....</i>	42

4.1.3.2. Le Coping Inventory for Stressful Situations (CISS).....	43
4.1.3.3. Le Metacognition Questionnaire-30 (MCQ-30)	44
4.1.3.4. Le University of Rhode Island Change Assessment Scale (URICA)	45
4.1.3.5. Le Beliefs about Medicines Questionnaire (BMQ).....	45
4.1.3.6. L'échelle des attitudes professionnelles des médecins généralistes (APMG)	46
4.1.3.7. L'insight Q-8.....	46
4.1.3.8. Le Drug Abuse Screening Test (DAST-20).....	47
4.1.3.9. Le Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT).....	47
4.1.4. <i>Les entrevues avec les participants</i>	48
4.1.4.1. Entrevue sur le soutien social	48
4.1.4.2. Entrevues de type informel	48
4.2. L'analyse des données.....	49
5. PRÉSENTATION DU MATÉRIEL.....	49
5.1. Jack A.	49
5.1.1. <i>Présentation du sujet</i>	49
5.1.2. <i>Antécédents judiciaires</i>	50
5.1.3. <i>Antécédents psychiatriques</i>	51
5.1.4. <i>Informations recueillies lors des entretiens et de la passation des outils</i>	51
5.2. Alexis B.	53
5.2.1. <i>Présentation du sujet</i>	53
5.2.2. <i>Antécédents judiciaires</i>	54
5.2.3. <i>Antécédents psychiatriques</i>	54
5.2.4. <i>Informations recueillies lors des entretiens et de la passation des outils</i>	55
5.3. Marc C.	57
5.3.1. <i>Présentation du sujet</i>	57
5.3.2. <i>Antécédents judiciaires</i>	57
5.3.3. <i>Antécédents psychiatriques</i>	58
5.3.4. <i>Informations recueillies lors des entretiens et de la passation des outils</i>	58
5.4. Yvan D.	60
5.4.1. <i>Présentation du sujet</i>	60
5.4.2. <i>Antécédents judiciaires</i>	61
5.4.3. <i>Antécédents psychiatriques</i>	61
5.4.4. <i>Informations recueillies lors des entretiens et de la passation des outils</i>	62
5.5. Jean-Claude E.	64
5.5.1. <i>Présentation du sujet</i>	64
5.5.2. <i>Antécédents judiciaires</i>	65
5.5.3. <i>Antécédents psychiatriques</i>	65
5.5.4. <i>Informations recueillies lors des entretiens et de la passation des outils</i>	65

6. ANALYSE ET INTERPRÉTATION DU MATÉRIEL RECUEILLI	68
6.1. Jack A.	68
6.1.1. <i>Conclusions générales</i>	70
6.2. Alexis B.	71
6.2.1. <i>Conclusions générales</i>	73
6.3. Marc C.	74
6.3.1. <i>Conclusions générales</i>	76
6.4. Yvan D.	77
6.4.1. <i>Conclusions générales</i>	78
6.5. Jean-Claude E.	79
6.5.1. <i>Conclusions générales</i>	81
7. DISCUSSION	86
7.1. Facteurs associés à l'alliance thérapeutique.....	86
7.1.1. <i>Le mode de coping</i>	87
7.1.2. <i>Les métacognitions</i>	88
7.1.3. <i>Les croyances relatives à la médication</i>	88
7.1.4. <i>L'insight</i>	89
7.1.5. <i>Les stades de motivation aux changements</i>	90
7.1.6. <i>Les opinions sur les attitudes du médecin</i>	91
7.1.7. <i>La consommation de substances psychoactives</i>	92
7.1.7. <i>Le soutien social</i>	93
7.1.8. <i>La symptomatologie</i>	93
7.2. Les limites de notre étude	93
8. CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS.....	95
RÉFÉRENCES.....	98

LISTE DES TABLEAUX

TABLEAU I : DONNÉES RECUEILLIES POUR CHAQUE SUJET	82
TABLEAU II : LES RÉSULTATS POUR LES 3 WAI MESURANT L'ALLIANCE	87
TABLEAU III : INSIGHT, CROYANCE RELATIVES À LA MÉDICATION, MÉTACOGNITIONS ET MOYENNE DE L'ALLIANCE THÉRAPEUTIQUE	90
TABLEAU IV : L'ALLIANCE ET L'OPINION SUR LES ATTITUDES DU MÉDECIN.....	92

DÉDICACE

Je souhaite dédier ce travail, tout d'abord aux personnes aux prises avec des troubles de santé mentale et plus précisément à ceux qui souffrent de troubles psychotiques. Vivre avec une telle maladie comporte son lot d'obstacles et j'admire le courage et la persévérance de ces personnes qui mettent tout en œuvre et font tout ce qui est en leur pouvoir afin de se rétablir et de pouvoir avoir une qualité de vie meilleure. Ces personnes sont pour moi un exemple de ténacité et de persévérance, car malgré la lourdeur de la tâche et les embûches rencontrées dans leur parcours vers un rétablissement, elles arrivent à naviguer dans la tempête et à poursuivre leur cheminement.

Je tiens aussi à dédier cet ouvrage à tous les intervenants qui travaillent auprès des personnes ayant des troubles de santé mentale. Par leur implication, leur persévérance ainsi que leur volonté d'aider les individus ayant de telles difficultés, ils font la différence dans la vie de plusieurs d'entre eux. Sans les intervenants, l'énorme travail de réadaptation et de réinsertion ainsi que l'accompagnement de leurs clients vers l'autonomie ne serait pas possible. Je souligne aussi leur force à persévérer dans un emploi qui n'est pas toujours facile et qui est parsemé de moments pouvant s'avérer difficiles. J'admire leur capacité à regarder le positif et les petits progrès accomplis afin de poursuivre leur travail admirable auprès d'une clientèle qui est vulnérable et trop souvent stigmatisée.

REMERCIEMENTS

Au cours de mon cheminement académique, plusieurs personnes ont été présentes pour moi afin de m'accompagner et me soutenir. Tout d'abord, je tiens à remercier mes parents, Diane et Jean-Guy, qui ont toujours été présents pour moi et qui m'ont offert un support grandement apprécié. Je remercie aussi mes amis, qui m'ont appuyée et encouragée, malgré les embûches que j'ai rencontrées durant ces deux années où j'ai vécu des coups durs, mais aussi de beaux moments.

Je remercie toute l'équipe de l'Entre-Toit qui m'a accueillie avec une telle chaleur et une grande générosité et qui s'est impliquée afin de m'aider à réaliser mes objectifs. Ils ont été pour moi une grande source d'inspiration et m'ont transmis leur passion pour l'intervention auprès d'une clientèle ayant des troubles de santé mentale et étant judiciairisée. Plus particulièrement, je tiens à remercier madame Jeanne-Marie Allard, Directrice clinique de l'Entre-Toit, qui fut pour moi davantage qu'une superviseuse de stage. Elle m'a accordé sa confiance et m'a permis de participer activement dans plusieurs domaines rattachés à la psychiatrie légale. Elle a été une excellente mentor et je retiendrai beaucoup de ses compétences qu'elle m'a si généreusement transmises.

D'autre part, je tiens à remercier l'École de criminologie qui m'a octroyé une bourse de rédaction qui fut d'une grande aide.

Finalement, je tiens à transmettre des remerciements particuliers à mon ami, Louis-Philippe Gagnon, qui a toujours été près de moi, malgré son horaire chargé. Il m'a soutenue, encouragée, mentionné et rappelé que j'étais en capacité d'accomplir ce projet malgré les obstacles rencontrés. Le soutien qu'il m'a apporté et sa présence lors des moments difficiles sont d'une valeur inestimable à mes yeux et m'ont permis de poursuivre ma route la tête haute. Je lui en suis extrêmement reconnaissante.

1. INTRODUCTION

Les personnes souffrant de troubles psychotiques dans notre société sont souvent victimes de stigmatisation. En effet, leurs comportements issus de leur symptomatologie peuvent déranger et faire peur. Les troubles psychotiques étant des troubles graves de santé mentale, il est possible d'observer que même au niveau des équipes traitantes, les pronostics de rétablissement prononcés pour ces patients sont sombres. De nombreux facteurs entrent en ligne de compte dans le traitement et le rétablissement de ces personnes. Compte tenu du risque de passage à l'acte agressif que peut représenter une personne ayant des troubles psychotiques n'étant pas traitée, il nous appert important de nous attarder sur les moyens pouvant être mis en place afin d'assurer des résultats efficaces aux traitements offerts. Cela permettra ainsi aux personnes ayant des troubles psychotiques de mieux s'insérer dans la société et d'avoir un mode de vie satisfaisant pour eux.

Le traitement pharmaceutique a longtemps été perçu comme la panacée dans le traitement des troubles psychotiques. Certes, ce dernier s'avère nécessaire, mais il doit être prescrit en complémentarité avec un traitement thérapeutique Barbès-Morin et *al.*, (2006). Un travail de réadaptation doit être effectué avec les personnes souffrant de troubles psychotiques afin de les soutenir et de les accompagner vers l'acquisition d'habiletés qui leur permettront d'accéder au rétablissement.

La question de l'alliance thérapeutique est omniprésente dans différents domaines d'intervention (Bioy et *al.*, 2010, Alvin, 2004). Nous avons cru pertinent de nous attarder à cette question en lien avec les personnes ayant des troubles psychotiques. Effectivement, nous croyons que certaines caractéristiques liées à ces troubles mentaux puissent influencer sur la qualité de l'alliance thérapeutique et il s'avère important de cibler ces caractéristiques afin de mettre en œuvre des stratégies permettant de maximiser l'obtention d'une bonne alliance.

Afin de réaliser les objectifs du volet académique de notre maîtrise, nous avons choisi d'effectuer un stage auprès d'une clientèle ayant des troubles de santé mentale et étant sous mandat légal. C'est pourquoi l'Entre-Toit nous est apparu comme l'endroit idéal afin de mieux comprendre ces personnes ainsi que leurs problématiques.

Nous espérons que ce rapport de stage permettra de contribuer à l'avancement d'un meilleur traitement et d'une meilleure prise en compte des personnes souffrant de troubles psychotiques.

2. RECENSION DES ÉCRITS

2.1. La problématique et les objectifs visés

Tout d'abord, certaines études tendent à dire que les personnes souffrant de troubles psychotiques peuvent démontrer une résistance au traitement, qu'il soit pharmacologique ou thérapeutique (Haddad et *al.*, 2014, Corruble et *al.*, 2003). De plus, il appert que certains patients psychotiques cessent la poursuite de leur traitement pour différentes raisons. La non observance du traitement chez les personnes présentant des troubles psychotiques s'avère très élevée (Fenton et *al.*, 1997). Les symptômes de la maladie peuvent alors réapparaître et le risque de rechute se voit ainsi accru. D'autre part, le risque de passage à l'acte violent s'accroît lui aussi (Gheorghiev et *al.*, 2008, Senninger, 2007) . Il apparaît important d'augmenter l'adhésion au traitement des patients afin de diminuer les risques liés à un abandon ou à une mauvaise observance de ce dernier. Il semblerait que la création d'une alliance thérapeutique entre le patient et le thérapeute serait un facteur à prendre en considération afin d'optimiser les réponses positives au traitement (Charpentier et *al.*, 2009).

La question de l'alliance thérapeutique avec des personnes ayant des troubles psychotiques en est une qui demeure peu explorée. Or, la création d'une alliance thérapeutique s'avère un enjeu de taille pour les cliniciens travaillant auprès des personnes ayant des troubles de santé mentale. Cette alliance est d'autant plus difficile à établir avec des personnes ayant des troubles psychotiques, mais elle constitue en quelque sorte l'une des clés de voûte menant au rétablissement des patients et apparaît primordiale dans le traitement de ces derniers (Hewitt et *al.*, 2006). Il importe ici de définir les objectifs de ce travail. La qualité de l'alliance nous semble être accentuée ou diminuée par des facteurs liés aux patients et par des facteurs externes. Il nous appert important de nous attarder sur la création de l'alliance en tant que processus et de mieux cerner les facteurs qui facilitent l'alliance entre les patients et les professionnels

afin de permettre aux cliniciens la mise en place de stratégies dans le but d'établir une meilleure alliance avec leurs patients.

Il appert important de définir précisément nos objectifs. L'objectif général de ce travail est de :

- Comprendre les facteurs qui favorisent ou qui entravent la création de l'alliance thérapeutique avec des patients atteints de troubles psychotiques et ayant des antécédents d'actes violents.

De cet objectif général, et afin de mieux comprendre ces facteurs, découlent quatre objectifs spécifiques qui sont les suivants :

- Déterminer les caractéristiques liées aux patients et à leur maladie qui favorisent l'établissement et le maintien de l'alliance. Les résultats obtenus pourront permettre aux cliniciens d'être conscients du rôle de ces facteurs et adapter leurs interventions en conséquence afin de maximiser la qualité de l'alliance thérapeutique.
- Déterminer les caractéristiques liées à l'équipe soignante et au contexte qui favorisent l'instauration et le maintien de l'alliance. Les résultats obtenus pourront permettre aux équipes soignantes d'ajuster leurs pratiques et d'adopter des stratégies d'intervention favorisant la qualité de l'alliance thérapeutique.
- Dégager les entraves rencontrées par les patients et les professionnels dans la création de l'alliance thérapeutique.
- Dégager des pistes d'intervention afin d'augmenter l'alliance thérapeutique dans le but d'optimiser l'adhésion au plan de traitement des patients.

2.2. Définition des concepts

Il nous apparaît important de définir les concepts clés qui sont au cœur de cet ouvrage. Tout d'abord, l'alliance thérapeutique est le concept central qui guidera l'entièreté de

ce travail. Cette dernière peut faire l'objet de diverses définitions, mais nous nous sommes appuyés sur celle de Bordin (1979). L'alliance thérapeutique est un concept incluant diverses dimensions, mais elle consiste, en premier lieu, en l'existence d'une relation entre le patient et son thérapeute. Cette alliance comprend trois dimensions et elle est composée d'éléments techniques et relationnels. La première dimension est celle des tâches. Il s'agit ici des tâches que le thérapeute et le patient doivent réaliser au cours du traitement. De plus, ce dernier doit être en accord avec ces tâches qui doivent correspondre à ses attentes.

Les objectifs constituent la seconde dimension de l'alliance. Il s'agit ici de la concordance entre ce que l'intervenant souhaite travailler avec son patient et avec la perception, par celui-ci, de ses difficultés qui doivent être travaillées. Le client doit avoir le sentiment que son intervenant travaille avec lui sur les objectifs adéquats et qu'il le soutient afin d'atteindre ces derniers. Le patient doit être en accord et reconnaître les difficultés que l'intervenant souhaite travailler avec lui.

Finalement, la dernière dimension de l'alliance est le lien. Cette dimension fait référence à la qualité affective du lien établi entre le patient et le thérapeute et réfère à l'engagement, à la confiance ainsi qu'à la sollicitude (Baillargeon et *al.*, 2005). D'autre part, Sandler et *al.* (1975) ajoutent l'importance de la notion de collaboration entre le clinicien et l'utilisateur.

Bref, dans cet ouvrage, par alliance thérapeutique, nous ferons référence à la relation de travail entre un patient et son thérapeute, cette relation étant centrée sur les buts, les tâches et la qualité du lien réciproque entre les deux acteurs.

Le second concept central de cet ouvrage est celui de troubles psychotiques. Ces derniers réfèrent aux diagnostics inclus dans la section « schizophrénie et autres troubles psychotiques du DSM-IV TR (2004). Ces derniers sont définis par la présence, chez un individu, de symptômes d'hallucinations ou d'idées délirantes qui ne sont pas reconnues comme telles par la personne. Ces troubles regroupent la schizophrénie, le trouble schizophréniforme, le trouble schizo-affectif, le trouble délirant, le trouble

psychotique bref, le trouble psychotique induit par une substance et le trouble psychotique non spécifié. Il est à noter que pour cet ouvrage, le trouble psychotique dû à une affection médicale ainsi que le trouble psychotique partagé ont été exclus.

La section suivante fait état des recherches et des données existantes quant à la problématique que nous souhaitons approfondir en lien avec les objectifs déterminés.

2.3. Les troubles psychotiques

Les troubles psychotiques ont été regroupés ainsi dans le DSM-IV-TR (2004), car tous ces troubles ont en commun la présence de certains symptômes hallucinatoires ou délirants et une altération marquée de l'appréhension de la réalité. Dans les lignes suivantes, nous nous en tiendrons au seul cas de la schizophrénie.

2.3.1. Description clinique de la schizophrénie

La schizophrénie est un trouble grave de santé mentale qui touche environ 1% de la population mondiale (Llorca, 2004). La symptomatologie associée à cette maladie est divisée en deux catégories : positive et négative. Au niveau des symptômes positifs, on retrouve des hallucinations, des idées délirantes, des comportements bizarres qui peuvent s'observer au niveau de l'habillement, des conduites sociales ou encore par de l'agressivité. Un autre symptôme positif est le trouble de la pensée où le patient manifestera des propos incohérents et son discours peut être facilement distrait par des stimuli extérieurs. Ces symptômes sont facilement observables de par leur nature et ils se manifestent lors de la phase aiguë de la maladie (Llorca, 2004, Andreasen, 1984).

Les symptômes négatifs sont moins facilement observables. On y retrouve un affect émoussé ou plat, la pauvreté du discours, l'apathie, qui se manifeste par un manque

d'énergie pour effectuer certaines tâches, ou encore la négligence de l'hygiène personnelle. De plus, le patient peut manifester un retrait social qui se traduit par une perte d'intérêt marquée pour des activités qui étaient effectuées avec enthousiasme auparavant. Finalement, le déficit de l'attention sociale se reflète par un désintérêt pour l'autre, une incapacité à se concentrer et à entretenir une conversation (Andreasen 1984).

Le DSM-IV-TR (2004) établit les caractères diagnostiques suivants :

Le critère A du DSM-IV-TR (2004) indique que l'on doit retrouver deux ou plus des manifestations suivantes, pendant une période d'au moins un mois : présence d'idées délirantes, d'hallucinations, discours désorganisé, comportement grossièrement désorganisé ou catatonique, symptômes négatifs tels que l'émoussement affectif, l'alogie ou la perte de volonté. Il est important de noter qu'un seul symptôme de ce critère est requis si le patient manifeste des idées délirantes bizarres ou si les hallucinations sont reliées à des voix entendues par le patient.

Selon le critère B du DSM-IV-TR (2004), il doit y avoir la présence d'un dysfonctionnement social et des activités, ce qui implique une perturbation majeure du fonctionnement du patient dans différentes sphères de sa vie telles que le travail, les relations interpersonnelles et les soins d'hygiène.

La durée des symptômes et les signes de la perturbation doivent persister pendant au moins 6 mois et les symptômes liés au critère A doivent durer minimalement un mois. D'autre part, il faut exclure la possibilité d'un trouble schizo-affectif, d'un trouble de l'humeur, d'une affection médicale générale ou due à une substance.

La schizophrénie peut prendre différentes formes cliniques. Tout d'abord, on retrouve la schizophrénie paranoïde qui est caractérisée par des idées délirantes importantes ainsi que des hallucinations menaçantes ou mandatoires. D'autre part, la schizophrénie désorganisée se caractérise par un affect discordant, un discours incohérent ainsi que des comportements imprévisibles. La schizophrénie catatonique quant à elle, se

caractérisée par des perturbations psychomotrices importantes. Finalement, la schizophrénie résiduelle consiste en la forme évolutive de la maladie, elle se manifeste suite à la phase de symptomatologie aiguë et ce sont alors les symptômes négatifs qui dominent (DSM-IV-TR, 2004).

Nous ne ferons pas la description exhaustive des autres troubles psychotiques, nous préciserons seulement qu'ils ont des racines communes avec la schizophrénie et certaines différences, mais que dans l'essence, les troubles psychotiques comportent tous la présence de symptômes d'hallucinations ou de délires ainsi qu'une certaine perte de l'épreuve de la réalité (DSM-IV-TR, 2004).

2.3.2. Les troubles psychotiques et la violence

Au cours des dernières années, plusieurs études ont fait état du lien entre la schizophrénie et la violence (Arsenault et *al.* 2000, Erb et *al.*, 2001). En effet, l'occurrence de la violence chez une population schizophrène serait de 2 à 3 fois plus élevée que dans la population générale (Brennan et *al.*, 2000). Les actes criminels, quant à eux, augmenteraient par 2 chez les individus aux prises avec ce diagnostic. Cependant, il est important de mentionner qu'une minorité d'individus atteints de ce trouble est responsable d'une majorité d'actes de violence (Joyal, 2005).

Les recherches tendent à dire qu'il existe une hétérogénéité de la violence étant reliée à la schizophrénie (Vandamme, 2009, Padovani et *al.*, 2012, Joyal et *al.*, 2011). Joyal (2005) établit une classification des personnes souffrant de schizophrénie et manifestant des passages à l'acte violent en trois sous-groupes. Tout d'abord, on retrouve les schizophrènes dont la violence est d'origine neurologique. Chez ces individus, des lésions cérébrales augmenteraient le risque d'un passage à l'acte. Les individus répondant à ce critère ont un risque de récurrence élevé, leur violence est

fréquente, mais elle n'est pas dirigée spécifiquement et est peu souvent planifiée. Elle est davantage dirigée vers des objets et le degré de violence est faible par rapport aux patients des autres sous-groupes.

Le second sous-groupe inclut les individus schizophrènes et dont la violence est d'origine psychotique. Les patients présentent un grand nombre de symptômes positifs tels que des hallucinations et des délires. Ils n'ont généralement pas d'antécédents de violence avant qu'ils présentent des symptômes de la maladie. Leurs agressions sont dirigées vers des personnes qui, la plupart du temps, sont très significatives pour eux. La commission du délit se fait davantage dans des lieux privés que publics. La prévention d'un passage à l'acte est plus facilement réalisable que pour les individus ayant un trouble neurologique puisque la symptomatologie peut être diminuée par l'entremise d'un traitement. Par contre, les passages à l'acte pour cette catégorie de schizophrènes sont extrêmement dangereux.

Le dernier sous-groupe établi par l'auteur est celui des schizophrènes ayant un trouble de personnalité antisociale et ayant une problématique d'abus d'alcool. Dans ce sous-groupe, il est possible de remarquer des antécédents de passage à l'acte précédant l'émergence de la maladie. La violence n'est pas reliée aux symptômes de la schizophrénie, mais découle davantage des traits liés à la personnalité antisociale. D'autre part, il apparaît que la consommation d'alcool avant le passage à l'acte joue un rôle important sur le passage à l'acte.

Il est important de noter que l'origine de la violence chez les schizophrènes n'est pas établie de manière claire malgré le fait que des études démontrent qu'en contrôlant les autres variables, la schizophrénie demeure associée à un risque plus élevé de passage à l'acte brutal (Joyal, 2005).

Les études démontrent qu'il existe des liens entre les troubles psychotiques et un passage à l'acte violent (Joyal 2005, Dubreucq et al., 2005). D'autre part, certains auteurs insistent sur le fait que les actes violents sont perpétrés par une minorité d'individus souffrant de schizophrénie. Joyal (2005) précise qu'une majorité de patients

schizophrènes sont non violents et que ces derniers se retrouvent stigmatisés par les crimes violents commis par une minorité de patients. Toutes les personnes ayant des troubles psychotiques ne présentent pas des comportements dangereux. Richard-Devantoy et *al.* (2009) indiquent que 95% des meurtriers ne présentent pas de symptômes psychotiques et ne souffrent pas de schizophrénie.

Il est possible de dégager, à partir de la littérature, différentes caractéristiques que peuvent posséder les personnes ayant des troubles psychotiques et augmentant leur dangerosité et un risque de passage à l'acte. Tout d'abord, les personnes souffrant de schizophrénie et faisant usage de violence présentent des signes psychopathologiques particuliers. En effet, l'évitement social, les troubles de l'attention, la suspicion, l'hostilité ainsi qu'un faible contrôle des impulsions chez certains schizophrènes favorisent un passage à l'acte (Vandamme, 2009). D'autre part, selon Swanson et *al.* (1998), il existe une interaction entre la détérioration du fonctionnement social et la fréquence des contacts sociaux avec un risque de passage à l'acte violent. Pour les personnes ayant une symptomatologie active, les contacts sociaux fréquents augmenteraient le risque de violence envers autrui. Hunt et *al.* (2009) ajoutent que pour les individus ayant un niveau de fonctionnement social élevé, le risque de violence augmente lorsque le risque de contacts sociaux diminue.

D'autre part, la violence se manifeste davantage dans la phase active de la maladie, au moment où les symptômes positifs sont présents tels que les hallucinations et les délires. Le passage à l'acte violent s'avère le résultat d'un sentiment de menace, d'un besoin de protection ou d'un sentiment de perte de contrôle interne (Vandamme, 2009). Il est possible de relier ces caractéristiques au type 2 de Joyal (2005). Léveillé et *al.* (2010) mentionnent que la motivation associée à un parricide, qui constitue un acte violent, est la perturbation de l'état mental dans 47% des cas de leur étude. La dangerosité et le risque d'un passage à l'acte violent se trouvent accentués par des antécédents de violence, la présence de délire, la manifestation de symptômes positifs ainsi que des pensées hostiles (Bénézech et *al.*, 2008). De plus, Bénézech et *al.* (2002)

indiquent que les idées d'emprise et de contrôle ainsi que les délires mystiques sont les indicateurs les plus criminogènes. D'autre part, Volavka (2014) précise que les comportements violents des personnes présentant des troubles psychotiques ont des origines hétérogènes. La comorbidité avec un trouble de personnalité antisociale ou un trouble de personnalité limite augmente le risque de violence qui est dû aux caractéristiques de ces troubles de personnalité.

La consommation d'alcool ou de drogue est, dans la population générale, un facteur de risque de comportements violents envers autrui (Sachs, 2006). Une telle dépendance, lorsqu'elle est diagnostiquée conjointement avec une schizophrénie, augmente de quatre fois ce risque (Dubreucq et *al.*, 2005). Le risque d'homicide est également influencé par ces deux variables associées. En effet, ce risque serait multiplié par 16 chez les hommes schizophrènes et toxicomanes. En ce qui a trait au risque de récidive, celui-ci est multiplié par 9.5 pour ces derniers. Sans le diagnostic d'abus d'alcool, ce risque de récidive demeure similaire à celui de la population générale (Räsänen et *al.*, 1998).

Dans environ 50 % des cas, les schizophrènes ayant commis un meurtre possédaient un diagnostic de schizophrénie de forme paranoïde. Les délires, plus souvent que les hallucinations, influenceraient le crime chez ces individus. En effet, selon Wallace et *al.* (1998), il semblerait que peu de schizophrènes tuaient en étant aux prises avec des hallucinations. Par contre, pour ceux ayant commis des crimes en ayant des hallucinations, la dangerosité augmentait en fonction de la reconnaissance des voix qu'ils entendaient. Les schizophrènes qui identifiaient ces dernières, c'est-à-dire que celle qu'ils entendaient étaient des voix connues, étaient nettement plus dangereux que ceux qui ne pouvaient les identifier. Les types de délires persécutifs, mystiques et mégalomaniaques créaient une angoisse psychotique et une grande anxiété chez les sujets qui en sont atteints.

Une psychose non traitée qui s'échelonne est associée à un risque de violence envers autrui (Nielssen et *al.*, 2007, Meehan et *al.*, 2006). D'autre part, certains auteurs

mentionnent le risque élevé d'homicide avant un traitement antipsychotique (Large, et *al.*, 2008). De plus, Keers et *al.* (2014) arrivent à la conclusion que la schizophrénie est associée à la violence uniquement en l'absence d'un traitement des symptômes. Ils précisent que les délires de persécution ainsi que la maladie non traitée expliquent les passages à l'acte violent. Il semble qu'une symptomatologie aiguë élevée serait un facteur de risque important d'un passage à l'acte violent et que l'absence de traitement des symptômes augmenterait le risque d'un passage à l'acte selon ces auteurs.

Évidemment, la prise d'une médication diminue de manière significative la dangerosité d'un individu schizophrène (Erb et *al.*, 2001). Un bon nombre d'études ont démontré que les individus qui ont commis des actes de violence n'obtenaient plus les soins nécessaires pour leur bon fonctionnement (Bensasson et *al.* 2013, Hodgins, 2014). Dans une étude réalisée avec 49 meurtriers schizophrènes, 20 % d'entre eux recevaient un traitement antipsychotique alors que 85.7% ne suivaient pas de manière régulière la prise de leur médication (Belli et *al.*, 2010).

2.3.3. Le traitement

Afin d'accompagner les individus ayant des troubles graves de santé mentale vers un rétablissement, plusieurs modalités de traitement doivent être mises en place. Selon Bouchard et *al.* (2004), l'hospitalisation sous contrainte, lorsqu'elle s'avère nécessaire en cas de passage à l'acte violent, ainsi que le contrôle de l'assiduité aux divers traitements s'avère un facteur de prévention primordial afin d'éviter un nouveau passage à l'acte violent ou une décompensation. Il ne s'agit pas d'hospitaliser toutes les personnes ayant des troubles psychotiques, mais de faire une évaluation de cette option en fonction de la gravité et de l'intensité des symptômes et de la dangerosité que cela représente.

À l'heure actuelle, le traitement des troubles psychotiques est choisi et mis en place à partir de l'approche biopsychosociale. Cette approche a pour objectif d'offrir des soins au patient dans différentes sphères de vie afin d'assurer l'optimisation de la réussite de sa prise en charge et la prévention des rechutes. Il s'agit donc d'intervenir sur les aspects biologiques, psychologiques et sociaux en fonction des caractéristiques et des besoins de chaque patient.

Tout d'abord, une prescription pharmacologique est nécessaire afin d'atténuer les symptômes aigus de la maladie. Pour ce qui est des schizophrènes, les antipsychotiques de deuxième génération sont privilégiés. La prise de cette médication est un élément essentiel dans le traitement de la psychose (Barbès-Morin et *al.*, 2006). Certains patients demeurent toutefois résistants aux différentes composantes pharmacologiques. De 10 à 30% des patients n'obtiennent pas un soulagement complet de leurs symptômes (Blondeau et *al.*, 2006). D'autre part, la non observance de la prescription pharmacologique fait augmenter le risque d'un passage à l'acte violent (Arango et *al.*, 1999).

En complément à la pharmacologie et afin de permettre au patient d'acquérir des habiletés sociales et des méthodes de « coping » adaptées, le recours aux thérapies s'avère important. Ces dernières peuvent prendre plusieurs formes, elles peuvent être psychodynamiques, psychoéducatives ou cognitivo-comportementales (Barbès-Morin et *al.*, 2006). Par ailleurs, Blondeau et *al.* (2006) insistent sur l'importance d'offrir une thérapie en lien avec la comorbidité entre les troubles graves de santé mentale et la consommation de substances. Ils indiquent que la toxicomanie est un facteur de risque quant à une rechute liée à la maladie et qu'elle doit être intégrée dans la thérapie liée à la schizophrénie.

2.4. L'observance au traitement

Plusieurs définitions de l'observance au traitement ont été formulées. Certains parlent uniquement du respect de la prise de médication, alors que d'autres élargissent la

définition au-delà de la simple prise de médication (Castro et *al.*, 2004 , Corruble, 2003). Dans le cadre de cet ouvrage, nous avons retenu la définition de Corruble (2003), soit : « l'observance est l'adéquation existant entre le comportement du patient et les recommandations de son médecin concernant un programme thérapeutique, qu'il s'agisse d'un traitement médicamenteux, d'une psychothérapie, de règles d'hygiène de vie, d'examens complémentaires à réaliser, ou bien encore de présence à des rendez-vous ». Cette définition inclut la notion de respect de la posologie de la médication, mais aussi du respect de la thérapie recommandée et de toutes les dimensions thérapeutiques mises en place par l'équipe traitante.

Il importe de distinguer les différentes formes de non compliance au traitement. Tout d'abord, nous retrouvons la non adhérence proprement dite, qui se définit comme l'absence totale de respect de soins proposés par les intervenants. D'autre part, la sous-observance se définit par des arrêts et reprises du traitement et par l'omission de prendre certains médicaments à certains moments. Finalement, l'adhérence variable caractérise les patients qui adaptent les soins prescrits en fonction de leur état et de leur perception d'aller bien ou moins bien (Corruble et *al.*, 2003).

Selon Linden et *al.* (2001), les taux d'observance au traitement chez les personnes ayant des troubles psychotiques varient de entre 40 à 90%. Une autre étude indique qu'un patient souffrant de troubles psychotiques sur deux a une mauvaise observance à son plan de soins (Hardy-Baylé, 2000). Les conséquences d'une non observance sont nombreuses et comportent des enjeux importants pour les personnes ayant des troubles psychotiques. En effet, une mauvaise adhérence au plan de soins augmente le risque de rechute de la maladie, peut aggraver les symptômes du patient et rendre le pronostic de rétablissement plus sombre. De plus, la qualité de vie des personnes se trouve diminuée et une augmentation des coûts de prise en charge peut avoir des répercussions sur la collectivité (Misdrahi et *al.*, 2002).

La littérature permet de dégager un bon nombre de facteurs qui ont une influence positive ou négative sur l'adhérence et l'observance au traitement. Ces derniers

peuvent découler de caractéristiques du patient lui-même ou être externes au client. Il s'avère important de préciser que les éléments contribuant à une bonne observance peuvent, s'ils sont à l'autre extrémité, contribuer à une mauvaise observance. Par exemple, un faible insight aura des répercussions négatives sur l'observance alors qu'un insight élevé aura des répercussions positives. Les éléments ont été catégorisés en ceux diminuant et en ceux augmentant l'observance, mais ces derniers peuvent changer d'influence en fonction de l'intensité de leur présence chez le patient.

2.4.1. Les facteurs diminuant l'observance

Tout d'abord, la symptomatologie due aux troubles psychotiques peut avoir un lien avec les difficultés des patients à adhérer à leur traitement. Castro et *al.* (2004) indiquent que les patients ayant une schizophrénie désorganisée et des traits de personnalité de type narcissique sont moins observant à leur traitement. Ces derniers, de par leurs caractéristiques, éprouvent des difficultés à reconnaître leur maladie et se montrent moins enclins à créer une relation thérapeutique avec leur équipe traitante. Leur faible tolérance à la frustration les rend plus impulsifs ce qui les amène à abandonner leur traitement de manière précipitée. D'autre part, un fonctionnement global faible, la sévérité des symptômes des patients, une grande désorganisation ainsi que des comportements d'hostilité sont des prédicteurs d'une future non observance au traitement (Fenton et *al.*, 1997).

Dans un grand nombre de recherches, le manque d'insight est un élément qui influence négativement l'observance au traitement (Bensasson, 2013, Bensasson et *al.*, 2011, Fenton et *al.*, 1997).

Il ressort de la littérature que la perception négative de la médication en termes d'insistance sur les effets secondaires indésirables ou encore un refus catégorique de prendre de la médication entraîne une mauvaise observance au traitement (Santone et

al., 2008 et Yamada et *al.*, 2006, Coruble et *al.*, 2003). De plus, le nombre de médicaments à prendre jouerait un rôle sur l'observance. Plus le nombre de médicaments est grand, plus le risque de non observance augmente (Coruble et *al.*, 2003). D'autre part, Yamada et *al.* (2006) relèvent que des patients indiquent ne pas observer leur traitement, car ils éprouvent des difficultés à y accéder ou ont peur de la stigmatisation qui y est liée.

Blondeau et *al.* (2006) soulignent qu'une observance de la posologie pharmacologique s'avère un facteur de protection important quant à une éventuelle rechute. Or, un nombre important de patients ne respectent pas la posologie prescrite. Cette non observance peut être causée par un manque d'autocritique, une instabilité subjective de l'humeur, des croyances culturelles ou des déficits cognitifs chez le patient.

D'autre part, les attitudes critiques de l'équipe soignante envers les patients peuvent avoir des effets négatifs sur l'observance au plan de soins. En effet, une attitude de rejet envers le patient, la croyance qu'il ne peut être traité peut entraîner un désengagement du patient dans son traitement (Heresko-Levy, 1999).

2.4.2. Les facteurs favorisant l'observance

Il existe différents éléments qui peuvent amener les patients à avoir une meilleure adhérence à leur traitement. Ces facteurs peuvent découler des caractéristiques que présentent les personnes ayant des troubles psychotiques ou encore des caractéristiques liées à leurs équipes traitantes ou encore à leur environnement social.

Selon Castro et *al.* (2004), les patients ayant un diagnostic de schizophrénie paranoïde seraient davantage observants à leur traitement. Plus la symptomatologie positive serait importante, plus les patients auraient recours à l'intellectualisation afin de diminuer l'intensité émotionnelle de leur souffrance, ce qui les emmènerait à formuler le besoin d'être soignés sans toutefois nécessairement reconnaître être malade. Cependant, certaines

études obtiennent des résultats contradictoires avec l'étude précitée. Buchanan (1996), dans sa recherche, conclut qu'il n'y a pas de lien causal entre l'observance et la présence de délires paranoïdes.

Certaines études se sont concentrées sur le point de vue des patients afin de déterminer les éléments qui les emmenaient à adhérer à leur traitement et à le respecter (Yamada et *al.*, 2006). Il ressort que les bénéfices quotidiens reçus, le fait que la famille croit aux effets positifs de la médication ainsi que la peur d'une nouvelle hospitalisation sont des facteurs de protection quant à la continuité du traitement (Santone et *al.*, 2008). Dans l'étude de Yamada et *al.* (2006), il ressort aussi que la peur d'une ré hospitalisation est un facteur favorisant l'observance. De plus, la prévention des rechutes, c'est-à-dire de l'apparition d'un nouvel épisode aigu de la maladie, la volonté de pouvoir remplir et réaliser ses objectifs de vie ainsi que les bénéfices quotidiens reliés à la diminution de la symptomatologie renforcent l'adhésion et l'observance au traitement prescrit chez les patients.

La présence d'un insight de qualité s'avère un facteur d'adhésion thérapeutique (Coruble et *al.*, 2003). Lorsque la personne ayant des troubles psychotiques reconnaît avoir une maladie, elle adhère mieux au traitement qui lui est proposé.

Certains facteurs liés aux médecins et aux équipes traitantes permettent de favoriser l'adhérence au traitement. Tout d'abord, l'alliance thérapeutique s'avère un facteur important dans l'observance (Franck et *al.*, 1990). De plus, lorsque le psychiatre donne de l'information au patient quant à sa maladie et à la médication, la compliance au traitement se voit augmentée (Coruble et *al.*, 2003). La qualité de l'alliance thérapeutique s'avère un facteur important favorisant l'observance. Dans l'étude de Franck et *al.*(1990), il ressort que 26% des patients de l'échantillon qui avaient un lien positif avec leur thérapeute ne respectaient pas la posologie de leur médication alors que 74% des patients ayant une alliance thérapeutique pauvre avaient des problèmes d'observance. D'autre part, le lien thérapeutique permet aux patients qui étaient au

départ résistants au traitement de l'accepter plus rapidement que ceux qui ont un mauvais lien avec leur psychiatre (Weiss, 2002).

Certaines études arrivent à la conclusion qu'un support familial adéquat ainsi que la présence d'un réseau social positif contribuent à une bonne adhérence au traitement (Fenton et *al.* 1997).

En somme, plusieurs facteurs tendent à améliorer le taux d'observance chez les patients ayant des troubles psychotiques. Nous pouvons relever que l'alliance thérapeutique semble être un levier afin de faire cheminer ces patients vers le respect de leur traitement.

2.5. L'alliance thérapeutique

Plusieurs disciplines se sont intéressées à la place qu'occupe l'alliance thérapeutique ainsi qu'à l'apport de ce concept dans le traitement des individus en difficultés. En effet, la médecine, la psychologie et la psychiatrie s'y sont attardées (Bouquetin et *al.* 2008, De Roten et *al.* 2007, Desplend et *al.* 2000) . L'alliance thérapeutique est présente aussi dans les champs de la relation d'aide, de l'intervention en toxicomanie et des thérapies familiales (Bergeron et *al.* 1997). Dans le cadre de ce travail, nous nous concentrerons sur la littérature qui relève de l'alliance thérapeutique dans le cadre du traitement des personnes ayant des troubles psychotiques selon l'approche bio-médico-sociale de la maladie mentale.

2.5.1. L'importance de l'alliance thérapeutique dans le traitement

La littérature met en lumière l'importance de l'alliance thérapeutique dans le traitement des personnes souffrant de schizophrénie (Charpentier et *al.* 2009). Il s'avère

primordial de travailler à construire cette alliance dès le début du traitement. En effet, la construction du lien doit débiter dès la première consultation, lorsque le patient présente une symptomatologie aigüe importante qui nécessite la prescription d'un traitement pharmacologique dans le but de diminuer l'importance des symptômes (Lazignac et *al.*, 2005). Selon certains auteurs, cette action, c'est-à-dire la prescription d'une médication en fonction des symptômes du patient, constitue le premier pas vers l'alliance que le soignant doit construire avec le patient (Blondeau et *al.*, 2006). Le personnel travaillant aux urgences psychiatriques doit donc être conscient qu'il faut, déjà à cette étape du processus, intervenir de manière à favoriser le début de la création de l'alliance. En effet, ces auteurs relèvent que la première période de consultation suite à une décompensation psychotique est un moment crucial. Une amorce de travail doit être effectuée afin de développer des liens entre le patient, sa famille et l'équipe traitante. De plus, les auteurs indiquent que l'alliance est au centre de la poursuite du traitement de la schizophrénie.

D'autre part, Lecomte et *al.* (1999) indiquent qu'il existe au moins 15 modalités différentes de thérapies pour les personnes souffrant de schizophrénie et que les études sur ces dernières indiquent qu'elles ont toutes des effets positifs sur le patient. Il s'avère difficile pour les chercheurs de valider l'efficacité accrue d'un modèle d'intervention comparativement à un autre. Cela vient indiquer que d'autres facteurs que la modalité des soins offerts en elle-même ont des effets positifs sur le traitement de la schizophrénie. Les auteurs soulèvent que l'alliance est une composante essentielle dans toutes les formes de traitement offertes aux patients et qu'il y a une corrélation entre la qualité de l'alliance et la réussite de ce dernier. Certains auteurs indiquent que l'alliance est présente uniquement pour soutenir et faciliter l'application des thérapies cognitivo-comportementales (Brander et *al.*, 1993). Cependant, des méta-analyses portant sur des centaines d'études indiquent qu'il est possible d'expliquer la variance dans le changement thérapeutique obtenu chez les patients par l'alliance (Lecomte et *al.*, 1999). En effet, Gaston et *al.*(1991) arrivent à la conclusion que plus de 45% de la variance des résultats du traitement est expliquée par la qualité de l'alliance

thérapeutique entre le patient et le clinicien. Il est possible de constater que lorsque l'alliance est défaillante entre le patient et le thérapeute, la seule application des composantes du traitement s'avère associée à des effets négatifs. Hewitt et *al.* (2005) indique que le succès des thérapies cognitivo-comportementales avec les personnes schizophrènes, ces dernières doivent se sentir compris et impliqués dans la relation thérapeutique. De plus, la littérature permet de dégager l'existence d'une corrélation élevée entre la création d'une bonne alliance et un faible taux de rechutes et une réponse plus adéquate au traitement pour des patients ayant un diagnostic de schizophrénie. Les auteurs soulignent l'importance d'une alliance forte, cette dernière étant incontournable dans le traitement des personnes schizophrènes (Lecomte et *al.*, 2009).

Mendez et *al.*(2012) ont effectué une recherche afin d'étudier les facteurs prédictifs de la réhabilitation psychosociale des personnes souffrant de schizophrénie. Leurs résultats démontrent que l'alliance thérapeutique est corrélée positivement avec le succès de la réhabilitation. Toutefois, d'autres facteurs entrent en jeu, notamment l'insight du patient et l'individualisation des prises en charge en fonction des caractéristiques des patients.

Au niveau de l'observance du traitement pharmacologique, l'alliance thérapeutique s'avère aussi importante. L'étude effectuée par Corruble et *al.*(2003) indique qu'un patient hospitalisé sur quatre et qu'un non hospitalisé sur deux n'observe pas de manière adéquate son traitement. De plus, l'auteur souligne que les conséquences de la non observance du traitement sont des excès de morbidité, un pronostic davantage négatif quant à la réhabilitation de l'usager ainsi qu'une augmentation des coûts pour le système de santé. D'autre part, l'auteur s'intéresse aux facteurs qui peuvent nuire ou contribuer à une bonne observance du traitement. En ce qui concerne les facteurs liés aux clients, l'insight est un bon facteur d'observance chez les personnes schizophrènes. D'autre part, les auteurs soulignent l'existence de facteurs liés à la relation entre le patient et le thérapeute. Lorsque le médecin est rejetant, contrôlant ou en désaccord

avec le client et lorsque les interactions ne sont pas spontanées, il est possible de constater une mauvaise observance du traitement. Par ailleurs, lorsque le médecin fait preuve d'empathie, informe le sujet quant à sa maladie ou ses effets, et que ce dernier est satisfait de la consultation, l'observance tend à augmenter (Corruble et *al.*, 2003). D'autre part, Charpentier et *al.* (2008), relèvent que 40% des cas de rechute survenant un an après une première hospitalisation sont reliés à l'absence d'adhésion au traitement. Le risque de rechute chez ces patients est de 3,7 fois plus élevé que ceux qui adhèrent à leur traitement. De plus, pour ceux qui n'adhèrent pas à leur traitement, le risque d'une nouvelle hospitalisation ou d'un passage à l'acte violent se trouve augmenté.

Bref, l'alliance thérapeutique s'avère être une composante essentielle dans le traitement des patients souffrant de schizophrénie puisqu'elle augmente la probabilité que le patient adhère à son traitement, poursuive ce dernier et évite une rechute de la maladie. De plus, l'alliance semble être un élément qui permet de faire progresser le patient au cours de sa thérapie.

2.5.2. Les facteurs influençant la création et le maintien de l'alliance

Il est possible de mettre en lumière certains éléments qui favorisent la création de l'alliance thérapeutique entre le patient et le thérapeute ainsi que les éléments qui constituent un frein à cette dernière. Tout d'abord, la création du lien thérapeutique comporte plusieurs étapes et les caractéristiques de l'alliance sont fluctuantes au cours du suivi. La première phase correspond à l'essor de cette dernière et se déroule au cours des premiers entretiens avec le patient. Elle réfère davantage au climat affectif de la relation et est liée aux comportements et attitudes du thérapeute. Elle a été différenciée par Luborsky (1996) comme étant l'alliance de type I. Par la suite, cette dernière continue de se développer autour des objectifs à travailler et le patient peut avoir le sentiment de travailler en commun avec le thérapeute afin de résoudre ses

difficultés personnelles. (Despland et *al.*, 2000). Cette forme d'alliance est celle de Type 2 (Luborsky et *al.*, 1996). Dans une étude portant sur la construction du lien thérapeutique aux urgences psychiatriques, Lazignac et *al.* (2005), en viennent au résultat que l'alliance de type I est plus fréquente que celle de type 2. Ils soulignent l'importance pour les cliniciens de l'urgence d'accorder une importance à la création d'un lien thérapeutique dès cette consultation, car elle aura des effets sur l'amélioration des démarches thérapeutiques ultérieures.

Au cours du traitement, la qualité de l'alliance fluctue, elle se renforce par moment, mais elle peut aussi être fragilisée. Une crise survenant pendant le traitement fragilise l'alliance. Elle peut par la suite consolider cette dernière ou la détruire (Baillargeon et *al.*, 2005).

McCabe et *al.* (2003) arrivent à la conclusion que la psychopathologie explique seulement une minime partie de la variance avec l'alliance thérapeutique, laissant une grande partie de celle-ci non expliquée. Il y a donc d'autres facteurs qui influent sur l'alliance thérapeutique. Les facteurs qui contribuent ou qui nuisent à la mise en place de l'alliance thérapeutique peuvent être classés sous deux catégories, ceux qui sont liés au patient et liés au thérapeute.

2.5.2.1. Les facteurs liés au patient

Tout d'abord, parmi les facteurs liés au patient, on retrouve certains symptômes de la schizophrénie qui peuvent entraver la création de l'alliance. Les idées délirantes, l'état de désorganisation du patient, l'ambivalence et le négativisme peuvent prédire une faible adhésion au traitement et rendre davantage difficile la création de l'alliance (Charpentier et *al.*, 2009). De plus, la désorganisation conceptuelle, des troubles cognitifs et des attentes non réalistes du patient viennent en compliquer l'émergence (Corruble et *al.*, 2003).

D'autre part, Martin et *al.* (2013) soulignent que l'internalisation de la stigmatisation en lien avec la schizophrénie constitue un frein au développement de l'alliance. Le patient intègre une vision négative de lui-même en lien avec les préjugés véhiculés dans la société. Cela a pour effet de créer une résistance du patient à aller chercher des soins, car une telle action l'enferme dans la vision qu'il est schizophrène et sa vision de lui-même se réduit aux éléments négatifs liés à la stigmatisation. D'autre part, Charpentier et *al.*(2009) mentionnent que les croyances culturelles, les antécédents de non adhésion thérapeutique ainsi que les conduites addictives s'avèrent des facteurs influençant négativement la création de l'alliance thérapeutique.

En contrepartie, certaines caractéristiques des patients ayant des troubles psychotiques s'avèrent des facteurs favorisant la création de l'alliance. En effet, Lambert et Bergin (1994) en arrivent au résultat que 65% du changement thérapeutique est lié aux caractéristiques et variables spécifiques des patients. Un facteur contribuant à la création de l'alliance souligné par plusieurs études est la capacité d'insight du patient. Le concept d'insight inclut la conscience de la maladie par le patient, la reconnaissance des symptômes ainsi que la reconnaissance de la nécessité d'un traitement (Jaafari et *al.*, 2011). Il appert que lorsque le patient a conscience de sa pathologie et en reconnaît les manifestations, cela s'avère facilitant dans la création d'une alliance thérapeutique. (Martin et *al.*, 2013). Dans une étude portant sur l'alliance thérapeutique dans un groupe de thérapie pour les individus résistants au traitement et ayant des hallucinations auditives, les auteurs concluent qu'un insight élevé contribue à une meilleure alliance aux sous-échelles des tâches et des objectifs (Johnson et *al.* 2008).

D'autre part, afin de mettre en place le lien de travail entre le patient psychotique et son thérapeute, il ressort de la littérature que la motivation du patient ainsi que sa flexibilité cognitive constituent des facteurs facilitant la création de ce dernier. (Charpentier et *al.*, 2009).

Peu d'études se sont penchées sur le rôle des métacognitions dans la création de l'alliance thérapeutique. Flavell (1976) en donne cette définition : « la connaissance que

l'on a de ses propres processus cognitifs, de leurs produits et de tout ce qui y touche. La métacognition se rapporte entre autres choses à la surveillance active, à la régulation et à l'orchestration de ces processus en fonction des objets cognitifs ou des données sur lesquels ils portent habituellement pour servir un but ou un objectif concret. » Il s'agit en fait de la compréhension de ses propres états mentaux (Martin et *al.* 2003). Cependant, certains résultats portent à croire que ces dernières peuvent influencer sur l'alliance. Tout d'abord, Davis (2011) conclut que les personnes souffrant de schizophrénie auront une meilleure alliance thérapeutique si leurs capacités métacognitives sont élevées dans le domaine de la maîtrise de la Metacognition Assesment Scale. Le domaine de la maîtrise de cette échelle réfère à l'habileté à utiliser ses connaissances ou son état mental afin de gérer les conflits ou la détresse subjective. Dans une autre étude, Davis et *al.* (2011) obtiennent des résultats similaires. Les schizophrènes ayant de fortes habiletés au niveau des métacognitions de la maîtrise des pensées développent une meilleure alliance que ceux qui ont de faibles habiletés à ce niveau. Martin et *al.* (2013) indique qu'une métacognition efficiente permettrait au patient d'avoir une identité plus organisée et un meilleur fonctionnement social de meilleure qualité. Finalement, les personnes ayant des troubles psychotiques et de bonnes habiletés métacognitives ont un insight plus élevé, ce qui peut venir influencer sur la qualité de l'alliance thérapeutique (Lysaker et *al.* 2011).

Certaines métacognitions peuvent s'avérer positives alors que d'autres s'avèrent pathologiques. Morrison et *al.* (2003) indiquent que des dysfonctions psychologiques ainsi que le maintien de la maladie mentale sont reliés à des métacognitions négatives. Ces dernières sont celles centrées sur une attention accentuée quant à l'auto conscience cognitive, qui réfère au fait de penser que sa mémoire n'est pas bonne ou encore de penser ne pas être certain d'avoir vu ou fait quelque chose. De plus, la préoccupation pour les pensées qui ne peuvent être contrôlées et qui représentent un danger, par exemple, le fait de croire que si l'on pense à de mauvaises choses et qu'elles se réalisent, la personne en est responsable. Le questionnaire « Metacognition

Questionnaire-30 » évalue ces métacognitions dysfonctionnelles. D'autre part, Wells et *al.* (2004) indiquent que les croyances chez les personnes ayant des troubles mentaux ont une composante, au niveau de leurs métacognitions, qui oriente leurs manières de penser et de réagir aux situations. De cela découlent des modes de réponses inadaptées, ce qui influe sur la persistance des symptômes de la maladie mentale. Par exemple, une personne ayant des troubles psychotiques croyant que s'il ne contrôle pas ses pensées elles se produiront, aura tendance à interpréter un accident de train, par exemple, comme étant le résultat de sa pensée et non comme un évènement extérieur à lui-même.

Les études réalisées jusqu'à maintenant n'arrivent pas à des résultats probants quant à la force et la nature du lien entre les types de coping et l'alliance thérapeutique (Rudnick et *al.* 2009). Cependant, un lien est établi entre le mode de coping et la qualité de vie en général chez les personnes ayant des troubles psychotiques. Les mécanismes de coping orientés vers la tâche, la distraction et la diversion sociale sont fortement associés à une meilleure qualité de vie et peuvent être considérés comme de bons mécanismes d'adaptation (Ritsner et *al.*, 2003). D'autre part, Simonet et *al.* (2005) indiquent que le coping orienté vers les émotions s'avère plus évitant et moins adapté, sauf si la situation est réellement hors de contrôle, car il n'est pas orienté vers une résolution du problème constructive. Puisque le fonctionnement global élevé est relié à la qualité de l'alliance, nous pouvons supposer que les méthodes de coping adéquates pourraient influencer sur l'alliance thérapeutique.

D'autre part, il n'existe pas de données sur le lien entre l'alliance thérapeutique et les croyances relatives à la médication. Cependant, les croyances négatives quant à la médication peuvent induire de la méfiance. De plus, le refus de prendre une médication ou vision négative de cette dernière a un impact négatif sur l'observance (Santone et *al.*, 2008 et Yamada et *al.*, 2006, Coruble et *al.*, 2003). Ces données permettent de

penser que les croyances relatives à la médication peuvent avoir une influence sur la qualité de l'alliance thérapeutique.

2.5.2.2. Les facteurs liés au thérapeute

La seconde catégorie de facteurs influençant la création de l'alliance est celle des caractéristiques liées au praticien. Ces dernières ont un impact important sur la création de l'alliance. En effet, il ressort des travaux de Lambert (1989) que les caractéristiques du thérapeute augmentent jusqu'à huit fois l'obtention de résultats positifs dans le traitement des patients par rapport aux techniques spécifiques utilisées. Les attitudes et comportements du clinicien sont donc liés à la qualité de l'alliance. Ce dernier, afin de faciliter la création de l'alliance, doit avoir une attitude non confrontante et démontrer de l'empathie face au client. De plus, il doit éviter d'être critique, car les clients traités par des intervenants qui les critiquent ouvertement manifestent des signes de détérioration au cours du traitement (Lecomte et *al.*, 1999).

D'autre part, il appert dans la littérature que le thérapeute qui prend le temps de donner l'information adéquate quant à la maladie au patient et qui prend en compte la compréhension qu'à le patient des explications données permet la création de l'alliance. Par contre, le thérapeute qui s'avère rejetant, qui est à la recherche du contrôle dans les interactions, est trop formaliste et ne manifeste pas de spontanéité lors des entretiens, agit comme un frein considérable à la création de l'alliance (Corruble et *al.*, 2003).

D'autre part, Blondeau et *al.* (2006) mettent l'emphasis sur l'importance d'utiliser l'entretien motivationnel et des stratégies de résolution de problème concrètes afin d'augmenter l'adhésion du patient au traitement.

Il ressort de la littérature que la création de l'alliance thérapeutique demande du temps. Les résultats d'une étude effectuée par Frank et *al.* (1990) indiquent qu'après un mois de traitement, 14.2% des patients ont une bonne alliance avec leur psychiatre. Il faut

attendre 6 mois de traitement afin de constater une augmentation significative du nombre d'alliances créées par les patients de leur étude. En effet, après 6 mois de traitement, 29.8% des patients ont une alliance de qualité avec leur médecin.

La perception de la qualité de l'alliance varie en fonction de la vision du patient et du thérapeute. En effet, selon une étude menée par Wittorf et *al.*, (2009) chez 100 patients souffrant de troubles psychotiques et ayant des hallucinations depuis au moins trois mois, il appert que les scores des Working Alliance Inventory (WAI) remplis par les psychiatres sont plus bas que les scores des WAI remplis par leurs patients. Ces derniers ont donc une meilleure impression de la qualité de l'alliance que leur thérapeute. La disparité de ces scores tend à diminuer lorsque les patients ont un faible insight et beaucoup de symptômes négatifs. Ces facteurs contribueraient à amener le patient et son intervenant à qualifier l'alliance de plus faible.

Finalement, le cadre de la thérapie peut aussi avoir des effets sur la création de l'alliance. Tout d'abord, Bensasson et *al.* (2011) soulignent que la simplicité du schéma thérapeutique joue un rôle au niveau de l'observance du traitement. Le patient doit comprendre les objectifs visés afin d'y adhérer et de renforcer l'alliance qu'il noue avec son thérapeute. De plus, l'approche thérapeutique doit être pragmatique et rationnelle afin de permettre au patient une meilleure compréhension de son traitement et à l'équipe d'avoir des moyens en vue de développer de manière optimale l'alliance thérapeutique (Charpentier et *al.*, 2009). L'offre d'un traitement structuré, où les objectifs sont formulés de manière précise et répétés au cours de la thérapie permettent d'obtenir un climat de confiance augmentant la qualité de l'alliance (Lecomte et *al.*, 1999).

2.5.2.3 Les facteurs externes

Certaines dimensions autres que les caractéristiques du patient ou de l'équipe traitante peuvent influencer l'alliance thérapeutique. Ainsi, la présence d'un réseau social peut s'avérer aidant afin de créer une alliance avec le client. Dans leur étude portant sur l'alliance avec les familles, Smerud et *al.* (2008) concluent que les personnes souffrant de schizophrénie ayant des familles qui ont une bonne alliance avec l'équipe traitante ont de meilleurs résultats thérapeutiques que celles qui ont une famille qui n'a pas un bon lien avec l'équipe traitante. Il s'avère que 17% des patients dont la famille a un bon lien avec l'équipe ont été ré hospitalisés pendant la période de l'étude alors que 62% de ceux dont les familles avaient un mauvais lien avec l'équipe ont été ré hospitalisés.

Les études portant sur les troubles psychotiques et l'alliance thérapeutique n'ont pas encore étudié d'autres dimensions externes, mais il pourrait être pertinent de le faire.

La littérature scientifique permet de dégager l'importance de l'alliance dans les soins et le traitement offerts aux personnes souffrant de troubles psychotiques. Cette alliance serait primordiale dans l'observance du traitement pharmacologique et du plan de soins des patients. De plus, il appert que l'alliance positive est un facteur de réussite du traitement, au-delà de la thérapie utilisée avec le patient. La création et le maintien de l'alliance peuvent être facilités ou entravés par des caractéristiques relevant des patients, des cliniciens ainsi que du cadre thérapeutique offert.

Il ressort de ces travaux que plusieurs dimensions peuvent contribuer à créer et à maintenir l'alliance thérapeutique alors que d'autres compliquent l'établissement de cette alliance.

2.6. Les limites de la littérature scientifique

La littérature scientifique permet de conclure que l'alliance thérapeutique joue un rôle important dans l'observance du traitement et dans l'implication des personnes souffrant de schizophrénie dans leur thérapie. Cependant, certaines lacunes peuvent être constatées dans la littérature existante.

Dans un premier temps, il s'avère que peu de recherches ont été effectuées sur la question de l'alliance thérapeutique avec des personnes ayant des troubles psychotiques. On dénombre uniquement quelques études s'étant intéressées à ce sujet spécifiquement. Cela a pour conséquence de donner une vision incomplète de cette problématique. Nous possédons encore peu d'informations quant aux processus liés à la création de l'alliance avec cette clientèle et aux facteurs entrant en compte dans ce processus.

Il nous est possible de relever quelques biais dans certaines études. Les études voulant démontrer l'efficacité d'une thérapie en particulier peuvent omettre d'inclure certaines variables dans leurs recherches telles que l'alliance et des caractéristiques liées à la maladie, ce qui a pour conséquence de donner des résultats partiels et qui expliquent peu le rôle réel de l'alliance dans le succès du traitement. Bioy et *al.* (2010) soulignent que malgré le fait que les recherches démontrent l'impact puissant de l'alliance sur le déroulement du traitement, les études appuyant ces résultats sont peu publiées dans les revues scientifiques. Ils indiquent que le fait d'affirmer que le choix d'une thérapie particulière et son succès ne soient pas uniquement reliés à la thérapie, mais plutôt à la qualité de l'alliance peut freiner la publication de tels résultats et faire en sorte que les scientifiques préfèrent mettre de l'avant les travaux indiquant l'efficacité de la thérapie et non de l'importance de l'alliance.

D'autre part, il est possible d'envisager qu'il y ait un écart entre le domaine de la recherche et celui des cliniciens. En effet, il est possible de se demander si les résultats des recherches sont opérationnalisés afin d'être retransmis aux cliniciens dans le but

que ces derniers puissent améliorer leurs pratiques et mettre en place une offre de soin qui réponde aux critères favorables à l'instauration de l'alliance thérapeutique. De plus, les constructions des variables dans les études ne représentent pas nécessairement les composantes réelles du travail clinique. Il serait important d'inclure des variables telles que le temps passé entre l'intervenant et son client ainsi que des composantes du travail effectué avec eux au quotidien.

Une autre difficulté rencontrée par les chercheurs afin d'obtenir des résultats probants quant à l'alliance thérapeutique repose dans l'opérationnalisation du concept en lui-même. En effet, certains auteurs vont définir l'alliance en prenant en compte seulement la dimension liée au patient, ou encore seulement la dimension liée à l'observance du traitement pharmacologique. Les résultats découlant de ces recherches sont partiels et il s'avère important de faire des efforts d'opérationnalisation du concept de l'alliance thérapeutique afin d'observer l'intégralité de ses composantes liées à la tâche, aux objectifs et au lien en considérant le patient et le clinicien dans le but d'obtenir des résultats représentatifs et complets.

Finalement, la plupart des études se basent sur des critères liés soit à l'observance au traitement pharmacologique, soit sur le jugement clinique des professionnels ou encore sur des questionnaires destinés soit aux professionnels et quelques fois aux patients. Il nous apparaît important de poursuivre la recherche en intégrant différentes méthodologies afin de cerner dans son ensemble le concept de l'alliance thérapeutique. Ceci permettrait de comprendre les effets, les composantes, les facteurs facilitants et les facteurs entravant la création de l'alliance. D'autre part, les recherches effectuées jusqu'à maintenant ne prennent pas en compte le point de vue des patients schizophrènes quant à leurs perceptions et compréhension de l'alliance thérapeutique et nous croyons qu'il serait pertinent d'investiguer dans ce sens. Cela pourrait nous permettre de dégager des facteurs contribuant à la mise en place de l'alliance avec ces patients ayant des caractéristiques et symptômes qui leur sont propres.

3. STAGE CLINIQUE AU CENTRE D'HÉBERGEMENT L'ENTRE-TOIT

Cette section a pour but d'expliquer le stage réalisé dans le cadre de notre maîtrise. Une présentation du Centre d'hébergement l'entre-toit ainsi que de sa clientèle sera effectuée. Par la suite, la description des activités cliniques réalisées sera effectuée.

3.1. Description du Centre d'hébergement l'Entre-Toit

3.1.1. Mandat

Le centre d'hébergement l'Entre-Toit est une ressource en psychiatrie légale. Tout d'abord, la résidence l'Entre-Toit, qui est un foyer de groupe, accueille 32 personnes ayant des troubles de santé mentale ainsi que des démêlés avec la justice. De plus, les résidents peuvent présenter d'autres problématiques telles qu'un passé d'itinérance, une problématique de consommation de substances psychoactives ou encore de l'isolement social. La résidence accueille une clientèle mixte et il n'y a pas de restriction quant à l'âge, mais ils doivent avoir au moins 18 ans. Le passage de ces personnes dans cette ressource vise leur stabilisation et leur rétablissement. Un accompagnement dans leur réinsertion sociale leur est offert en fonction de leurs objectifs individualisés. Les intervenants effectuent un travail clinique auprès de la clientèle dans différentes sphères telles que la reconnaissance de la maladie, l'observance au traitement ainsi que la réinsertion sociale dans la collectivité. Ils travaillent aussi à la prévention des rechutes, le tout, en collaboration avec l'équipe traitante de l'hôpital. D'autre part, l'Entre-Toit abrite un service de suivi communautaire. Il s'agit ici d'effectuer le suivi dans la communauté des personnes ayant des troubles de santé mentale et étant sous la juridiction du Ministère de la Sécurité Publique. Ces personnes peuvent être en probation, en libération conditionnelle ou en emprisonnement avec sursis. La Maison Agnès, qui relève aussi du Centre d'hébergement l'Entre-Toit, est un milieu de vie ouvert et mixte pouvant accueillir jusqu'à quinze résidents, âgés entre 18 et 35 ans,

lesquels peuvent bénéficier du soutien constant d'une équipe interdisciplinaire spécialisée. Les personnes admises à la Maison Agnès sont des hommes et des femmes, âgées entre 18 et 35 ans, provenant de la région de Montréal ayant un suivi psychiatrique, ainsi que de la clientèle du centre Dollard-Cormier. Les résidents présentent un niveau de fonctionnement déficitaire au niveau des activités de la vie quotidienne ainsi qu'une problématique de toxicomanie. L'approche préconisée est celle de la réduction des méfaits.

Pour les prochaines sections, il sera traité uniquement de ce qui relève de l'hébergement l'Entre-Toit puisque c'est dans ce service que la majorité du stage a été effectuée.

3.1.2. Itinéraires et processus de référence des clients vers l'organisme

Les personnes résidant à l'Entre-Toit ont des statuts variés et proviennent de diverses organisations. La première étape du processus de référence est la demande au comité d'accès aux ressources (CAR). Les équipes traitantes des différents services de psychiatrie de Montréal doivent présenter la situation du client et formuler une demande quant au type d'hébergement souhaité. Le ministère de la Sécurité publique, représenté par l'agente de probation, doit aussi présenter la situation des personnes qu'il souhaite référer. Afin qu'une personne puisse être acceptée à l'Entre-Toit, elle doit absolument bénéficier d'un suivi psychiatrique assuré par une équipe traitante d'un service de psychiatrie. Les partenaires hospitaliers référant le plus souvent sont l'Institut en santé mentale de Montréal (IUSMM) et l'Institut Philippe Pinel de Montréal. Tous les hôpitaux ayant un service de psychiatrie peuvent présenter une demande d'accès à l'hébergement pour leurs patients. En ce qui concerne le Ministère de la Sécurité publique, une entente particulière existe avec lui et il y a, par conséquent, deux places de réservées pour leur clientèle. L'agent de probation en détention doit présenter la situation au CAR. Les demandes sont étudiées par les personnes siégeant au CAR et si la

personne correspond aux critères de la ressource et ne représente pas de risque élevé, elle est acceptée à l'Entre-Toit, sous condition que le patient obtienne un suivi pour ses troubles de santé mentale.

D'autre part, un lit d'urgence est réservé pour la clientèle du Ministère de la Sécurité Publique. Ce sont les personnes travaillant pour UPS Justice qui peuvent faire une référence directement à l'Entre-Toit, sans s'adresser au CAR, lorsqu'ils rencontrent des personnes correspondant aux critères de la ressource au tribunal de la santé mentale à la Cour Municipale de Montréal. Les personnes référées en urgence par UPS Justice doivent aussi avoir un suivi psychiatrique actif.

Lorsqu'une personne est acceptée à l'Entre-Toit, qu'elle provienne d'un hôpital, d'une autre ressource ou de détention, une rencontre préalable à l'admission est organisée. Elle vise à expliquer le fonctionnement de la ressource, à vérifier si la personne est intéressée à venir y vivre et si elle est motivée à se mobiliser. La plupart du temps, la personne est par la suite admise dans la ressource. Toutefois, dans certaines situations, la directrice clinique juge que la personne ne correspond pas aux critères et ne pourrait pas évoluer positivement au sein de l'Entre-Toit, en fonction de différents facteurs comme une problématique de consommation non reconnue ou un manque de motivation et d'intérêt.

Suite à cette rencontre, une date est fixée avec le futur résident et son équipe traitante, afin de préparer l'intégration dans la ressource. La rencontre d'admission a pour but de faire visiter la ressource, de convenir du contrat de séjour, d'établir les objectifs que l'équipe traitante vise pour le client et de présenter au résident le fonctionnement et le code de vie de la ressource.

Les statuts des résidents de l'Entre-Toit sont variés même si tous ont un trouble de santé mentale et ont eu des démêlés avec la justice. Ils peuvent avoir un statut de non-responsabilité criminelle et être sous la juridiction du Tribunal Administratif du Québec (TAQ). La commission d'examen leur a alors accordé le statut de libération avec modalités. Ils peuvent donc résider en dehors d'un hôpital pourvu qu'ils respectent

certaines modalités, déterminées en fonction de leur problématique. D'autres résidents peuvent être en probation ou en libération conditionnelle. Il est plus rare de retrouver des clients ayant un statut de prévenu non détenu. Cela signifie qu'ils sont en attente de leur procès pour un acte qu'ils ont commis. Finalement, certains résidents peuvent avoir un statut « sans charge ni mandat », c'est-à-dire qu'ils ne sont sous aucune juridiction légale. Ils reconnaissent avoir des difficultés et sont entièrement volontaires à bénéficier d'un suivi psychiatrique et à résider à l'Entre-Toit.

Les résidents de l'Entre-Toit reçoivent des services individualisés en fonction de leurs besoins spécifiques. Tout d'abord, ils sont hébergés, ont accès à des aires communes et leurs repas sont préparés. Les résidents paient un loyer qui est déterminé en fonction de leurs revenus. Un travail est fait avec eux afin de les accompagner dans leurs objectifs de vie à moyen terme. Les interventions sont donc personnalisées. Chaque résident à un intervenant de référence qui effectue avec lui au moins une rencontre par semaine. Un accompagnement est proposé par rapport des démarches liées à la recherche d'emploi, des démêlés avec la justice ou tout autre besoin particulier. Des interventions ponctuelles sont effectuées lorsque les clients le demandent et ont un besoin. De plus, un travail est fait avec eux quant à leur problématique afin de leur permettre de cheminer et de pouvoir devenir autonomes et de reprendre du pouvoir sur leur vie. La ressource réfère le client à divers organismes qui offrent des services au niveau de la toxicomanie, de la santé mentale et de l'employabilité. Des ateliers sont dispensés afin de permettre aux résidents d'acquérir des connaissances et de développer des compétences afin qu'ils puissent, à terme, s'orienter vers un appartement autonome ou encore supervisé. Une grande place est vouée à la relation d'aide et à l'écoute. Les clients rencontrent différentes difficultés et ils manifestent le besoin d'en parler, d'être conseillés et d'être soutenus dans ce qu'ils traversent.

D'autre part, des mises au point doivent être faites lorsque les clients ne respectent pas leurs conditions légales ou encore le plan de traitement mis en place par leur équipe traitante. Beaucoup d'interventions sont faites dans l'informel avec des supports variés,

que ce soit du divertissement, du sport ou de l'art. L'équipe offre des services aux résidents en fonction d'un plan d'intervention individualisé. Les résidents de l'Entre-Toit peuvent demeurer à la ressource pour une durée de deux ans, il faut donc les préparer graduellement à mettre en place leur projet de vie. Lorsque la situation le nécessite, la durée d'hébergement peut s'étaler au-delà des deux ans.

3.1.3. Contingences institutionnelles

Les employés de l'Entre-Toit s'engagent à respecter le code d'éthique de l'établissement. Ce dernier stipule que les clients ont le droit au respect, à des services de qualité ainsi que d'être informés de leur état de santé. De plus, ils ont le droit au respect de la confidentialité. Cela implique que les intervenants ne sont pas autorisés à divulguer des informations à de tierces personnes sans le consentement du résident.

Pour les résidents, il y a aussi un code de vie à respecter et qui concerne diverses dimensions. Il indique que les résidents doivent être impliqués et mobilisés dans leurs démarches et au foyer. De plus, ils doivent demeurer respectueux envers les autres résidents et les membres du personnel. Une règle importante est l'observance de la prescription de médication. D'autre part, la consommation d'alcool et de drogues est interdite à la ressource ainsi que sur le terrain. Si un résident arrive au foyer en état d'intoxication, il lui est demandé de se retirer à sa chambre afin de ne pas déranger les autres. Les situations où des résidents consomment sont gérées de manière individualisée. Pour certains, une consommation à l'extérieur sera tolérée, alors que pour d'autres aucune consommation n'est tolérée. Les résidents doivent entretenir une bonne hygiène personnelle et doivent aussi entretenir convenablement leur chambre. Finalement, les résidents doivent respecter les heures de couvre-feu.

En ce qui concerne les politiques et procédures, cela est différent pour chaque client, nous devons nous référer aux particularités, abordées plus haut, qui régissent leur

statut légal. De plus, l'équipe traitante formule des balises différentes pour chaque résident en tenant compte des facteurs de risque et de protection ainsi que des risques de décompensation.

3.1.4. Rôle du criminologue

À l'Entre-Toit, à première vue, le rôle du criminologue peut sembler peu important et ses délimitations peuvent sembler floues. Pourtant, grâce aux interventions et observations que j'ai effectuées, il m'appert primordial qu'il y ait des criminologues dans les membres de l'équipe. Tout d'abord, l'évaluation du risque est omniprésente compte tenu des problématiques de la clientèle. Le criminologue peut, grâce à ses champs de compétences, évaluer le risque au quotidien. En effet, une appréciation des facteurs de risque tels que la consommation de substances psychoactives, l'isolement de la personne et les changements comportementaux sont des dimensions que les criminologues sont aptes à évaluer. Dans le cadre d'un foyer de groupe, l'observation, le jugement clinique et la rapidité dans l'interprétation des faits objectifs sont primordiaux afin d'éviter d'éventuels passages à l'acte ou d'éventuelles décompensations psychotiques. Ces événements peuvent survenir rapidement, sans beaucoup de signes très visibles, et le criminologue a les connaissances permettant de faire une analyse efficace de la situation.

D'autre part, les connaissances juridiques et de différentes lois s'avèrent un atout pour le criminologue. Les clients, leurs familles, voire les autres intervenants gravitant autour d'eux sont souvent démunis face aux articles de loi et aux impacts de manquements à des conditions légales. Le criminologue a donc un rôle d'informateur et de démystificateur afin de bien expliquer les enjeux légaux et les particularités de chaque statut. D'autre part, il peut éclairer l'équipe traitante quant aux facteurs de risque et de protection concernant un client.

L'intervention quotidienne, dans ses petits actes, fait aussi partie du rôle de criminologue. En effet, informer, éduquer et intervenir afin que les personnes acquièrent de meilleures habiletés sociales et aient davantage un mode de vie citoyen, contribue à faire diminuer le risque de récidive. Cela guide les résidents vers un rétablissement et une réinsertion sociale réussie, ce qui aura aussi des retombées quant à la protection du public.

En somme, je considère que mon stage à l'Entre-Toit m'a permis de découvrir le milieu de la psychiatrie légale et de prendre conscience de l'importance d'œuvrer auprès d'une telle clientèle. En conjuguant les efforts, entre clients, intervenants et équipes traitantes, il est possible de faire en sorte d'emmener les résidents vers un mieux-être et de leur permettre d'éviter une vie entière en institution. L'alliance thérapeutique s'avère un levier puissant afin d'aider les résidents à cheminer et éviter une rechute. Ce stage fût fort riche pour moi en apprentissages et a réveillé en moi le désir de poursuivre mon travail auprès de cette clientèle, qui se retrouve trop facilement stigmatisée et laissée pour compte par la société. Ces personnes méritent d'être entendues, aidées, et j'ai la conviction qu'ainsi elles se rétabliront et auront une meilleure qualité de vie, ce qui sera profitable à toute la communauté.

3.2. Description des activités réalisées durant le stage

Dans un premier temps, la superviseure responsable du stage m'a expliqué le fonctionnement de la ressource et de ses divers services. Ensuite, des documents de référence tels le code d'éthique, les règlements internes ainsi que les documents expliquant la trajectoire d'admission des résidents ont été consultés. Des lectures sur le fonctionnement du comité d'accès aux ressources ont aussi été faites. Enfin, j'ai consulté les dossiers des résidents afin de connaître leur contenu : les divers rapports, les plans d'intervention, ainsi que les notes évolutives. Cela m'a permis de bien comprendre les méthodes utilisées pour la création de tels documents.

D'autre part, deux résidents m'ont été assignés à titre d'intervenante de référence. J'avais la responsabilité de m'occuper d'effectuer les rencontres hebdomadaires auxquelles s'ajoutaient des rencontres ponctuelles lorsque des situations particulières se présentaient. S'y ajoutaient plusieurs autres tâches, telles qu'accompagner les résidents qui m'étaient attirés dans diverses démarches au niveau de l'aide sociale, de la recherche d'emploi et de prise de rendez-vous divers. Des accompagnements à l'extérieur de la ressource visaient aussi à aider les résidents dans leurs démarches, faire des transactions à la banque et faire des courses. Des notes évolutives ont été rédigées pour toutes les démarches et rencontres entreprises avec ces deux résidents. Par ailleurs, un bilan mensuel pour un résident a été préparé. Destiné à l'équipe traitante, il faisait état de la situation actuelle du résident quant à son comportement, sa mobilisation et à des éléments particuliers relevant de sa problématique. Dans le cadre de ces suivis, j'ai aussi eu des rencontres informelles avec les résidents, où nous discutons de leurs projets, de leurs intérêts. Ces rencontres sont importantes afin de créer un lien de confiance et elles se sont révélées une source riche de renseignements utiles, que les résidents ne communiquent pas nécessairement dans les rencontres plus formelles.

Des interventions individuelles auprès des trente-deux résidents de l'Entre-Toit ont été réalisées. Il pouvait s'agir d'interventions de recadrage afin de rappeler les règles de la ressource ou d'interventions visant à éviter un conflit entre deux résidents. De plus, j'ai apporté aide et conseil à plusieurs résidents quant à des démarches qu'ils avaient à entreprendre. Les clients pouvaient aussi venir me voir lorsqu'ils ne se sentaient pas bien, donnant l'occasion de faire de l'écoute active et chercher des solutions à leurs difficultés.

D'autre part, j'ai été appelée à effectuer les mêmes tâches que les intervenants réguliers telles que la préparation et le service des repas, l'aide aux résidents dans leur ménage, la supervision des tâches collectives et l'animation d'activités. Cela m'a emmené à faire de l'intervention de groupe, surtout lors des périodes de repas, ces

moments étant utilisés afin de faire des ateliers informels. Des rencontres avec certains résidents ont été mises en place afin de créer un comité des résidents.

Dans le cadre de mon projet académique, j'ai organisé un café-rencontre afin de présenter mon projet aux clients. Un groupe de 14 résidents a été animé avec la préoccupation que chacun ait le droit de s'exprimer, de donner son opinion, et que chacun soit respecté. Cette activité s'est très bien déroulée et les résidents étaient reconnaissants que je prenne le temps de discuter avec eux et de leur expliquer mon projet. Ils ont posé des questions pour savoir pourquoi j'avais choisi d'étudier en criminologie. Les discussions suscitées par la question de l'alliance thérapeutique ont été très intéressantes. D'autre part, des entretiens ont été menés avec les résidents sélectionnés afin de remplir les questionnaires nécessaires au projet académique. De plus, ces entretiens ont permis de recueillir les informations nécessaires pour effectuer les études de cas.

J'ai participé à cinq comités d'accès aux ressources (CAR). Ce comité est composé de la chef du service de criminologie de l'Institut Philippe Pinel de Montréal, de la responsable du comité de l'Institut Universitaire en Santé Mentale de Montréal, des représentants des ressources d'hébergement en psychiatrie légale et d'une agente de probation de la sécurité publique. Les travailleurs sociaux ou criminologues des hôpitaux psychiatriques viennent y présenter le dossier de clients afin de demander qu'ils soient orientés de l'hôpital vers une ressource d'hébergement, que ce soit un foyer de groupe, une famille d'accueil ou un appartement supervisé. Le rôle du comité est d'évaluer la demande, en prenant en compte le risque que représente le client et de statuer sur la ressource qui lui conviendrait le mieux. D'autre part, il peut aussi y avoir des clients de la sécurité publique qui sont présentés à ce comité. Il s'agit alors de clients qui pourraient être admissibles à une libération conditionnelle ou qui arrivent aux deux tiers de leur sentence et qui ont un diagnostic au niveau de la santé mentale. Il s'agit alors de trouver une équipe traitante qui veut prendre en charge le suivi de la personne et de l'orienter vers la ressource qui lui convient le mieux, si l'évaluation est positive et que le

comité donne son accord. Au cours de ces comités, j'ai pu exprimer mon opinion clinique quant à différentes présentations. Certains clients ont été refusés, car il était jugé qu'il y avait encore du travail de réadaptation à faire en milieu hospitalier ou parce que le risque était trop élevé.

Pour les personnes présentées au comité d'accès aux ressources relevant de la sécurité publique et ayant été acceptées à l'Entre-Toit, une rencontre de préadmission doit avoir lieu alors qu'ils sont encore en détention. Ces rencontres ont été co-animées avec la superviseuse de stage. Nous nous sommes rendues à Bordeaux afin de rencontrer deux personnes acceptées à l'Entre-Toit. Nous leur avons expliqué ce qu'était l'Entre-Toit, les règles de vie, les attentes de l'équipe. Par la suite, nous avons fait une évaluation de la situation des deux détenus afin de nous assurer qu'ils seraient de bons candidats pour venir vivre à l'Entre-Toit.

Au-delà du travail à effectuer au sein de la ressource, il existe un énorme travail en partenariat avec d'autres organismes. Différents contacts avec des partenaires ont été initiés afin d'effectuer des suivis du déroulement des activités structurées des clients. D'autre part, une collaboration a été mise en place avec une intervenante de Cormier-Lafontaine afin d'aider un de mes résidents attirés à cheminer. D'autres contacts ponctuels avec des partenaires du réseau de la santé et des organismes en santé mentale ont été réalisés. De plus, des contacts avec les équipes traitantes ont eu lieu afin de faire des bilans de la situation des clients et afin de discuter pour réajuster certaines interventions mises en place, selon les besoins des résidents.

4. MÉTHODOLOGIE

Cette partie consiste à expliquer les différentes sources de données, les différents modes de cueillette de données et les méthodes employées afin de réaliser les cinq études de cas qui suivront.

4.1. Les sources de données

Tout d'abord, il s'avère important de mentionner la méthode utilisée pour la sélection des personnes pouvant participer à notre projet. Les résidents ont été sélectionnés s'ils avaient un diagnostic de troubles psychotiques ainsi que des antécédents de violence. Ceux ne correspondant pas à ces critères ont été écartés de l'étude.

Les données présentes dans le présent ouvrage proviennent des dossiers des clients de l'Entre-Toit, que ce soit les notes évolutives consignées par l'équipe d'intervenants, les rapports psychiatriques, criminologiques ou psychosociaux ainsi que les bilans rédigés par les intervenants de référence. D'autre part, certaines données ont été obtenues par l'entremise de l'équipe clinique de l'Entre-Toit ainsi que des clients eux-mêmes. Il s'avère important de préciser que les résidents ayant consenti à participer à ce projet ont signé un formulaire de consentement éclairé ainsi que des autorisations de communications de rapports et de renseignements les concernant par l'équipe de l'Entre-Toit et l'équipe traitante afin que nous puissions consulter tous les documents les concernant.

4.1.1. Le dossier du résident

Chaque résident à l'Entre-Toit a un dossier où sont consignées les notes évolutives rédigées par les intervenants, qui relatent les événements importants le concernant, des faits observés et le travail qui est effectué avec le client. Ce dossier contient aussi des rapports et bilans rédigés par les intervenants de référence et qui font état de la

situation actuelle des résidents, des démarches accomplies ainsi que des objectifs qui demeurent à travailler.

D'autre part, on retrouve au dossier du résident divers rapports produits par les équipes traitantes. Il peut s'agir de rapports de suivi psychiatrique, de rapports rédigés en vue d'une comparution devant le Tribunal Administratif du Québec, de rapports criminologiques et psychosociaux. En y trouve enfin des HCR-20, une grille d'évaluation du risque de récidive, complétée par un criminologue.

4.1.2. Les participants au projet

Cinq résidents de l'Entre-Toit ont consenti à participer à ce projet. Ils ont été rencontrés à plusieurs reprises afin de remplir des questionnaires. D'autre part, des entretiens non directifs ont été effectués auprès d'eux, afin de recueillir leur opinion et leur point de vue sur les différents sujets abordés par les questionnaires.

4.1.3. Les questionnaires

La passation de plusieurs questionnaires a été effectuée auprès des cinq résidents afin de recueillir les informations nécessaires aux études de cas. Il s'avère important de mentionner que tous les questionnaires ont été administrés aux participants par l'étudiante responsable du projet de recherche. De plus, les intervenants de référence des résidents participant au projet ont aussi été mis à contribution, chacun remplissant un questionnaire. Finalement, les psychiatres des sujets ont été contactés afin de participer au projet, mais aucun d'entre eux n'a donné suite.

4.1.3.1. Le Working Alliance Inventory (WAI)

Le Working Alliance Inventory (WAI) est un questionnaire auto-rapporté qui sert à mesurer l'alliance entre un client et son thérapeute. Il existe une version pour les clients ainsi qu'une version pour les thérapeutes. L'outil a été développé par Horvath et Greenberg (1989) et contient 36 items. Ses trois échelles de douze items sont liées aux objectifs, aux tâches ainsi qu'au lien entre le client et le thérapeute. Le WAI a fait l'objet

de diverses études de validité et il s'avère être un outil fidèle et valide pour mesurer l'alliance thérapeutique (Hovart et al., 1989, Tracey et al., 1989).

Pour notre projet, nous avons utilisé la version du WAI développée par France Gabrion (2011), qui est une adaptation libre de la version de Stéphane Bouchard (2009).

Le WAI a été administré aux sujets en deux exemplaires. Tout d'abord, les participants ont rempli le WAI en se référant à leur psychiatre et dans un deuxième temps en se référant à leur intervenant de référence de l'Entre-Toit. Pour chaque participant, le WAI forme T, destiné aux thérapeutes, a été complété par l'intervenant de référence.

Les items du WAI sont suivis d'une échelle de Likert variant de 1 à 7 pour les 22 questions formulées positivement et de -1 à -7 pour les questions formulées négativement. L'amplitude a été calculée pour chacune des trois échelles ainsi que pour le WAI en entier. En effectuant les calculs en fonction de l'amplitude, nous avons remis les résultats qui se situent entre 0 et 1, ce qui nous permet d'obtenir un pourcentage. Plus le score est proche de la valeur 1, meilleure est l'alliance pour chaque échelle.

Dans le but d'obtenir une alliance globale qui regroupe les scores obtenus aux trois WAI, nous avons calculé la moyenne des trois résultats pour chaque participant. Cela nous permet d'avoir un score global, plus utile pour l'analyse et l'interprétation des résultats.

Afin d'interpréter les résultats, nous avons, à partir de ce qui est indiqué dans la littérature, construit l'échelle suivante : Pour un score entre 0 et 20, l'alliance est considérée comme nulle, entre 21 et 40, l'alliance est pauvre, entre 41 et 60, elle est acceptable, entre 61 et 80 l'alliance est considérée comme bonne et finalement, entre 81 et 100, l'alliance est excellente.

4.1.3.2. Le Coping Inventory for Stressful Situations (CISS)

Le CISS est un questionnaire auto rapporté qui mesure les stratégies utilisées par les sujets afin de réagir à des situations stressantes ou bouleversantes. Il est composé de cinq échelles soit, les réponses centrées sur la tâche, sur l'émotion, d'évitement, agressives ainsi que sexuelles. Le questionnaire comprend 56 items et le sujet doit

répondre selon une échelle de Likert en cinq points. Des études ont démontré la validité de cet outil auprès de plusieurs clientèles, dont une clientèle suivie en psychiatrie clinique. (Langevin et *al.*, 2012). L'outil a été créé et évalué par Endler et *al.* (1990). Nous avons utilisé, dans le cadre de cet ouvrage, la version française de Lagueux et *al.* (1999).

La cotation de l'outil s'effectue par l'addition des scores par échelle, ce qui permet d'avoir un résultat pour chaque mode de coping inclus dans le questionnaire. Nous avons additionné les scores par échelle et les avons ramenés sur un score variant entre 0 et 1 afin de faciliter l'analyse des résultats.

4.1.3.3. Le Metacognition Questionnaire-30 (MCQ-30)

Le MCQ-30 est une échelle qui mesure les tendances des individus quant à leurs croyances par rapport à leurs métacognitions et l'importance des métacognitions dites pathologiques. L'outil a été créé par Wells et *al.* en 2004. L'étude de Wells et *al.* (2004) montre que ce dernier a une bonne consistance interne et qu'il s'avère valide. D'autre part, Laroie et *al.* (2009) ont réalisé une étude qui démontre que la version française du MCQ-30 s'avère fiable et valide.

Le questionnaire se divise en cinq échelles soit la confiance cognitive, les croyances positives, l'auto conscience cognitive, l'incontrôlabilité et le danger ainsi que le besoin de contrôler ses pensées. Chaque échelle compte six énoncés auxquels le participant répond à partir d'une échelle de Likert de 1 à 4.

Afin de calculer les scores, nous avons additionné les scores de chaque échelle puis nous l'avons divisé par le maximum pouvant être obtenu à l'échelle afin d'obtenir un résultat entre 0 et 1. Nous avons réalisé la même procédure pour le score total du questionnaire en additionnant les totaux de chaque échelle et en les divisant par le score maximal (120), afin d'obtenir un résultat entre 0 et 1.

4.1.3.4. *Le University of Rhode Island Change Assessment Scale (URICA)*

Le URICA est un outil qui situe le sujet par rapport aux stades de motivation lors d'un traitement. Ce questionnaire a été créé par Prochaska et Di Clemente (1982). Les stades de motivation inclus dans le questionnaire sont la pré contemplation, la contemplation, l'action et le maintien.

Dans cet ouvrage, nous avons utilisé la version URICA de 32 items. Les réponses fournies sont inscrites sur une échelle de Likert allant de 1 à 5. Les questions sont associées à l'un ou l'autre des stades et une grille est fournie afin d'interpréter les résultats. Les personnes qui obtiennent un score en dessous de 8 sont en pré contemplation; un score entre 8 et 11, au stade de la contemplation; un score entre 11 et 14, au stade de l'action; un score au-dessus de 14, au stade de maintien.

4.1.3.5. *Le Beliefs about Medicines Questionnaire (BMQ)*

Le BMQ est un questionnaire qui permet de mesurer les croyances des individus relativement à la médication qu'ils prennent. Il a été développé et validé par Horne et al. (1999). Plus tard, Jonsdottir et al., (2008) sont arrivés à la conclusion que le BMQ a des propriétés psychométriques satisfaisantes pour des patients ayant des troubles graves de santé mentale et ils confirment la validité de l'outil avec cette clientèle.

Le questionnaire se divise en deux échelles. La première, celle des croyances spécifiques, se divise en deux sous-échelles soit : la nécessité de la médication et les préoccupations en lien avec la médication. Ces dernières sont composées chacune de 5 énoncés et les réponses sont inscrites sur une mesure de Likert allant de 1 à 5. La seconde échelle est celle des croyances générales. Elle se divise aussi en deux mesures : la surutilisation et le préjudice causé par les médicaments.

Afin de compiler les résultats, nous avons additionné le résultat de chaque sous-échelle puis ramené les scores entre 0 et 1. Nous avons utilisé la même méthode afin d'obtenir le score global du questionnaire. Finalement, afin d'obtenir l'importance relative des

attitudes des clients à l'échelle spécifique, nous avons soustrait le total de la sous-échelle de la nécessité à celui de la sous-échelle des préoccupations (Horne et *al.*, 1999).

4.1.3.6. L'échelle des attitudes professionnelles des médecins généralistes (APMG)

Cette échelle permet d'évaluer la qualité de la relation interpersonnelle entre un médecin et son patient. Cet outil a été construit par Bauman et *al.* (2005) et elle contient 15 items, qui sont associés aux fonctions d'information, de communication et d'éducation du médecin. Les auteurs ont évalué l'outil et conclu que ses propriétés psychométriques sont suffisantes.

Au niveau de la passation du questionnaire, le client doit répondre aux 15 items suivis d'une échelle de Likert allant de 1 à 10. Afin d'interpréter les résultats, nous avons additionné les réponses aux 15 items puis nous avons standardisé les scores afin d'obtenir un résultat entre 0 et 1. Un score de 1 correspond à un professionnel qui adopte toujours des attitudes encourageant le suivi des traitements.

4.1.3.7. L'insight Q-8

Cette échelle permet d'évaluer la conscience du trouble chez le patient. Il s'agit d'un instrument à questions ouvertes. Une étude conclut que ce questionnaire est valide et qu'il est de passation rapide et facile (Bourgeois et *al.*, 2002).

Afin de coter l'échelle, nous avons attribué une note pour chaque question, soit 0 pour l'absence de discernement, 1 pour une perception au minimum partielle du problème et de ses conséquences. Cela donne un score total qui peut varier de 0 à 8. Plus le score est élevé, plus la conscience de la maladie est importante. Par la suite, les résultats sont répartis en trois groupes. Pour les scores inférieurs à 2, on estime que le patient a une non conscience de son trouble, pour les scores entre 3 et 5, la conscience du trouble est médiocre ou intermédiaire et finalement, pour les scores entre 6 et 8, la conscience du trouble est bonne. Afin de pouvoir interpréter les résultats en les comparant avec d'autres dimensions, nous les avons ramenés sur une échelle variant de 0 à 1.

4.1.3.8. *Le Drug Abuse Screening Test (DAST-20)*

Le DAST permet de mesurer l'usage abusif ou la dépendance aux drogues ainsi que la sévérité de la consommation de substances psychoactives. Il inclut toutes les substances psychoactives même celles prescrites par un médecin lorsque l'usage de ces dernières est plus élevé que la posologie. Cet outil a été développé par Skinner (1982) un médecin du Centre pour les dépendances et la santé mentale de Toronto.

Les questions portent sur la consommation de drogues au cours des douze derniers mois et excluent la consommation d'alcool. Le questionnaire est constitué de 20 questions auxquelles le sujet doit répondre par oui ou par non. Afin d'obtenir le pointage, il faut additionner le score entre 0 et 1 attribué aux questions. En ce qui concerne l'interprétation du résultat final, un pointage de 0 signifie qu'il n'y a aucun problème de consommation, un pointage de 1 à 5 indique un niveau peu élevé de problèmes, un pointage de 6 à 10 un niveau de problèmes possiblement modéré. Lorsque le pointage se situe entre 11 et 15, il s'agit d'un niveau de problèmes possiblement substantiel et finalement un pointage entre 16 et 20 révèle un niveau de problèmes possiblement sévère.

Une étude menée par Yudko et *al.* (2007) indique que la consistance interne de l'outil pour une population ayant des troubles de santé mentale à l'axe I est satisfaisant (alpha de .86) tout comme l'est sa fiabilité test retest ($r = .78$).

4.1.3.9. *Le Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT)*

L'AUDIT est un questionnaire qui évalue le niveau de risque de consommation d'alcool de la personne. Cette dernière doit répondre en choisissant la réponse qui correspond le mieux à sa situation. Les 10 questions sont reliées à la consommation d'alcool de l'individu au cours des 12 derniers mois. Les choix de réponses sont présentés sous la forme d'échelles de Likert variant de 0 à 4. Plus le résultat est haut, plus la personne risque d'avoir une dépendance.

L'AUDIT a été développé à partir d'un projet de collaboration entre six pays et des études ont été menées afin de s'assurer de sa validité dans différents pays, dont le Canada. Une étude d'Allen et *al.* (1997) indique que l'AUDIT s'avère un outil assez sensible et spécifique pour détecter les problématiques d'abus d'alcool. De plus, la validité du questionnaire est au moins équivalente à celle des autres mesures auto rapportées de cette problématique.

Afin de compiler les résultats, les réponses obtenues pour chacune des 10 questions du questionnaire sont additionnées. Par la suite, il s'agit de vérifier dans quelle tranche se situe le score ainsi obtenu. Un score entre 0 et 7 indique une consommation à faible risque; un score de 8 à 15, une consommation à risque. Lorsque le score se situe entre 16 et 19, il indique une consommation nuisible; entre 20 et 40, il y a possibilité de dépendance.

4.1.4. Les entrevues avec les participants

Afin de collecter les données requises pour notre projet, nous avons réalisé un nombre variable d'entrevues avec les participants. Certaines étaient orientées et d'autres plus informelles, en fonction de ce que les résidents souhaitaient aborder.

4.1.4.1. Entrevue sur le soutien social

Une entrevue de type semi-dirigée a été effectuée avec les participants au projet. Il s'agissait d'obtenir de l'information quant à leurs perceptions et leur vécu en lien avec le soutien social dont ils peuvent bénéficier.

Suite aux entretiens, nous avons analysé le matériel afin de déterminer si les participants avaient du soutien social, dans quelle mesure, ainsi que leur satisfaction quant à ce soutien.

4.1.4.2. Entrevues de type informel

Suite à la passation des questionnaires, les participants nous faisaient part de commentaires, de questionnements et de leur vécu en lien avec le questionnaire auquel

ils venaient de répondre. Nous avons pris en compte ces informations, données dans un cadre non dirigé, afin d'appuyer nos études de cas. Il s'agit ici de données qui sont de nature qualitative et qui réfèrent au vécu des participants.

4.2. L'analyse des données

Afin d'analyser les données recueillies auprès des participants, nous avons procédé par études de cas, cinq au total. La mesure de l'alliance thérapeutique s'avère être notre variable dépendante. Les autres dimensions retenues suite à la recension des écrits sont celles qui peuvent avoir une influence sur l'alliance thérapeutique. Il s'agit de la symptomatologie, la consommation de substances, le soutien social, les croyances relatives à la médication, l'insight, les attitudes des médecins, les métacognitions, le stade de motivation au changement, le mode de coping ainsi que la symptomatologie des participants. Nous avons utilisé les différentes données obtenues tant quantitatives que qualitatives afin de vérifier, pour chaque dimension, s'il y a une influence positive ou négative par rapport à la qualité de l'alliance thérapeutique. Nous avons établi des liens avec les données obtenues pour chaque participant de manière individuelle puis nous avons établi des liens comparants les résultats des participants entre eux.

La taille de notre échantillon étant réduite (5 sujets), l'analyse des relations entre les dimensions retenues et l'alliance thérapeutique reste donc de nature exploratoire.

5. PRÉSENTATION DU MATÉRIEL

5.1. Jack A.

5.1.1. Présentation du sujet

Jack est un homme âgé de 31 ans, prestataire de la sécurité du revenu. Il réside à l'Entre-Toit depuis octobre 2013 et effectue des démarches de réinsertion sociale. Il a un travail à raison de quelques demi-journées par semaine. De plus, il bénéficie d'un

suivi en toxicomanie afin de maintenir son abstinence et assiste à des réunions des Alcooliques Anonymes à raison de deux fois par semaine.

Jack est actuellement en libération avec conditions suite à une décision de la commission d'examen des troubles mentaux du Tribunal Administratif du Québec.

Il a reçu un diagnostic de schizophrénie paranoïde ainsi qu'un diagnostic d'abus d'alcool et de substances en rémission à l'axe I du DSM-4 (2004). Lorsqu'il est en état de décompensation, il présente des idées de persécution, son comportement est plus agité et il tient des propos délirants. De plus, il a tendance à négliger son hygiène et se montre méfiant envers autrui.

En ce qui concerne les antécédents de consommation de substances psychoactives de Jack, il est relevé que ce dernier consommait du cannabis, du speed, de la cocaïne et de l'alcool.

5.1.2. Antécédents judiciaires

L'histoire délictuelle de monsieur A. débute alors qu'il est adolescent. Il commet alors de petits délits tels que des vols à l'étalage et conduite d'un véhicule sans permis. Au niveau des infractions commises alors qu'il était majeur, on dénombre environ 38 chefs d'accusation pour des délits divers. Sa délinquance est polymorphe et comprend des conduites avec facultés affaiblies, des entraves au travail des policiers ainsi que des menaces de mort. De plus, monsieur A. a des antécédents de vols, de fraude, d'introductions par effraction et de possession de substances. Il commet son premier délit avec violence, soit un vol qualifié, alors qu'il est âgé de 19 ans.

Jack a été reconnu non criminellement responsable pour des voies de fait sur un policier, entrave et méfait. Il est sous la juridiction du Tribunal Administratif du Québec depuis octobre 2005. Il a été en détention avec modalités à l'Institut Philippe Pinel depuis cette date, puis libéré sous conditions vers la fin de l'année 2013.

Avant d'être reconnu non criminellement responsable pour cause de troubles mentaux, monsieur A. a connu quelques séjours en détention pour différents délits.

5.1.3. Antécédents psychiatriques

Le premier contact avec la psychiatrie de Jack a lieu en 2002. Il est alors admis à l'hôpital, car il se montre paranoïaque et tient des propos délirants. Lors de cette hospitalisation, il ressort que monsieur A. consommait régulièrement différentes substances, dont de l'alcool, de manière abusive.

Par la suite, Jack est admis en psychiatrie à environ huit reprises. Plusieurs diagnostics sont émis soit schizophrénie paranoïde, psychose induite par une substance, trouble schizoaffectif et toxicomanie avec abus d'alcool. Au cours de ses séjours en milieu hospitalier, monsieur A. se montre irrespectueux du plan de soin qui est mis en place par les équipes traitantes. De plus, il refuse à quelques reprises d'entreprendre des démarches en lien avec sa problématique de toxicomanie. D'autre part, il peut se montrer agressif verbalement et physiquement avec le personnel soignant.

Lors de sa dernière admission à l'Institut Philippe Pinel qui débute en août 2008, il se montre davantage enclin à collaborer à son plan de traitement. De plus, aucune manifestation d'agressivité n'est observée pendant son séjour. Jack réalise une thérapie pour sa toxicomanie en cure fermée pour une durée de six mois. Il ne termine pas cette thérapie et connaît une rechute alors qu'il effectue cette thérapie.

5.1.4. Informations recueillies lors des entretiens et de la passation des outils

Au niveau de l'alliance thérapeutique, les résultats obtenus au WAI C portant sur l'alliance avec son psychiatre, monsieur A. obtient un résultat global de 0,88. D'autre part, au WAI C portant sur l'alliance avec son intervenante de référence à l'Entre-Toit, le résultat global s'élève à 0,91. Finalement, le résultat au WAI T rempli par son intervenante de référence donne un résultat de 0,75. Les résultats obtenus les plus

élevés pour les sous-échelles concernant la création du lien. En effet, pour le WAI C mesurant l'alliance avec son psychiatre le résultat à cette échelle est de 0,94. D'autre part, pour le WAI C avec son intervenante, monsieur A. obtient un total de 0,96 et le résultat du WAI T rempli par son intervenant est de 0,92. Les scores les plus bas obtenus pour les sous-échelles diffèrent selon les questionnaires. Tout d'abord, pour le WAI C mesurant la relation avec le psychiatre, on retrouve un score de 0,82 pour l'échelle liée aux tâches. Pour le WAI C évaluant la relation avec l'intervenante de référence, le résultat le plus bas se retrouve à l'échelle centrée sur les objectifs soit 0,82. Finalement, pour le WAI T rempli par l'intervenante, le score le plus bas est lié à l'échelle des objectifs et il est de 0,60. Le résultat global des trois WAI est de 0,85, ce qui témoigne d'une excellente alliance.

En ce qui concerne les résultats obtenus par monsieur A. au CISS, l'instrument qui mesure les modes de coping, le score le plus élevé obtenu se rapporte à deux échelles, soit celle des réponses centrées sur l'évitement et celle des réponses centrées sur la tâche. En effet, Jack obtient un résultat de 0,63 pour ces deux échelles.

D'autre part, Jack obtient un résultat global de 0,53 au MCQ-30. Le score le plus élevé au niveau des échelles est constaté à l'échelle de l'auto conscience cognitive (0,8). Le résultat le plus bas se retrouve à l'échelle de la confiance cognitive et il est de 0,4.

Au niveau des stades de motivation au changement, qui a été mesuré par l'URICA, monsieur A. obtient un résultat final de 14,14 ce qui le situe au stade du maintien.

Pour l'échelle mesurant les croyances relatives à la médication, le résultat total obtenu est de 0,60. De plus, le score obtenu par monsieur A. quant à l'importance relative de ses attitudes aux échelles spécifiques de la nécessité et des préoccupations est de 0,55. D'autre part, au niveau de l'opinion quant aux attitudes de son médecin, Jack obtient 0,75.

L'évaluation de l'insight réalisée à l'aide de l'Insight Q-8 nous permet d'obtenir un score de 0,88.

Par rapport à sa consommation de substances actuelle, les résultats obtenus par Jack au DAST-20 indiquent qu'il se situe au niveau de problèmes possiblement substantiels. D'autre part, le score obtenu par monsieur A. à l'AUDIT indique qu'il a une consommation d'alcool à risque possible.

Au cours des entretiens réalisés avec Jack, il ressort que ce dernier à un réseau social assez pauvre. En effet, ce dernier n'a pas d'ami sur qui il peut compter. Il entretient par contre une relation avec ses parents, avec qui il a régulièrement des conversations téléphoniques. Jack nous dit qu'il peut compter sur eux s'il a besoin d'aide. Par ailleurs, Jack croit qu'il peut aussi obtenir de l'aide de la part des intervenants de l'Entre-Toit.

Au niveau de la symptomatologie, Jack ne présente pas de symptômes positifs. Par contre, on remarque la présence de certains symptômes négatifs. Nous avons pu observer pendant les entretiens réalisés avec lui une pauvreté du contact visuel. D'autre part, par moments, Jack a manifesté un affect inapproprié avec la situation ou en lien avec les propos que nous tenions. Par exemple, ce dernier pouvait rire alors que nous abordions avec lui son faible réseau social. Finalement, Jack manifeste de l'alogie, il a été possible de constater une augmentation de la latence de ses réponses lors de la passation des questionnaires.

5.2. Alexis B.

5.2.1. Présentation du sujet

Alexis est un homme âgé de 38 ans, célibataire et prestataire de la sécurité du revenu. Il est résident au Centre d'hébergement l'Entre-Toit depuis octobre 2013. Auparavant, il était patient à l'hôpital psychiatrique de Saint-Jérôme. Alexis n'a pas de travail ou d'activités structurées à l'extérieur de la ressource pour le moment. Il est actuellement en démarche pour se trouver un emploi, mais ces dernières sont freinées par la passivité et le manque d'organisation de monsieur B.

Monsieur B. est actuellement en libération avec modalités suite à une décision rendue par la commission d'examen des troubles mentaux du Tribunal Administratif du Québec.

Alexis a un diagnostic de schizophrénie paranoïde ainsi qu'un diagnostic de toxicomanie à l'axe I du DSM-4. Lorsqu'il est en état de décompensation, il s'avère que monsieur B est souvent en état de consommation. De plus, il manifeste des délires paranoïdes qui sont très envahissants. Il démontre de la méfiance, de l'irritabilité et il fait mention de projets grandioses.

Au niveau de ses antécédents de consommation, monsieur B fumait du cannabis, buvait de l'alcool et ingérait une quantité importante d'amphétamines à partir de la mi-vingtaine. Il a cessé de consommer des amphétamines depuis environ cinq ans, mais fumait encore du cannabis au moment de sa dernière hospitalisation en avril 2013.

5.2.2. Antécédents judiciaires

Monsieur B. cumule les comportements à caractère violents depuis plusieurs années. Il a eu plusieurs accusations pour voies de fait et profération de menaces de mort. Les délits d'Alexis surviennent toujours dans un contexte d'hospitalisation. Il s'en prend au personnel intervenant auprès de lui. Ses passages à l'acte sont donc liés à son état mental. Son dossier ne révèle aucune autre délinquance.

Alexis a été reconnu non criminellement responsable pour cause de troubles mentaux en mars 2008 suite à des accusations de voies de fait et de bris de probation. Il est actuellement sous mandat du Tribunal Administratif du Québec et a un statut de libération avec modalités.

5.2.3. Antécédents psychiatriques

Le premier contact de monsieur B. avec la psychiatrie a eu lieu alors qu'il avait 27 ans. Ce dernier est hospitalisé pour une psychose non spécifiée. Il est à nouveau hospitalisé en avril 2004 suite à une psychose et c'est à ce moment que le psychiatre retient un diagnostic de schizophrénie paranoïde. Par la suite, Alexis se retrouve hospitalisé à plusieurs reprises pour des périodes variant de quelques jours à quelques mois. Ces

hospitalisations sont dues soit à une décompensation, soit à une non observance au traitement.

Monsieur B. a plusieurs antécédents de non observance à son traitement. Une ordonnance de traitement pour une durée de trois ans a été prononcée par la Cour Supérieure. Il a une faible auto critique quant à sa maladie et quant à l'importance de prendre sa médication.

5.2.4. Informations recueillies lors des entretiens et de la passation des outils

Au niveau de l'alliance thérapeutique, Alexis a obtenu un résultat global au WAI C évaluant le lien avec son psychiatre de 0,70. D'autre part, le résultat du WAI C mesurant l'alliance avec son intervenante de référence à l'Entre-Toit est de 0,87. Le WAI T rempli par l'intervenante de référence de Monsieur B. donne un résultat global de 0,78. Pour ce qui est des échelles du WAI, on remarque que le score le plus élevé, et ce pour les trois questionnaires, est celui centré sur le lien. Effectivement, le WAI C lié au psychiatre donne un résultat de 0.78, le score du WAI C lié à l'intervenante est de 0.93 et celui du WAI T rempli par l'intervenante d'Alexis est de 0,88. Au niveau des résultats les plus bas obtenus pour les trois questionnaires, ils réfèrent tous à l'échelle centrée sur les objectifs. Pour le WAI C mesurant l'alliance avec le psychiatre, le résultat obtenu est de 0,71, tandis que pour le WAI C concernant l'alliance avec l'intervenante d'Alexis, nous obtenons 0,83. Finalement, pour le WAI T complété par l'intervenante de monsieur B., le résultat est de 0,63. Le score global d'Alexis aux trois WAI est de 0,78, ce qui correspond à une «bonne» alliance.

Au CISS, qui évalue les modes de coping face à des situations stressantes, l'échelle qui a obtenu le plus haut score, soit de 0,91, est celle des réponses centrées sur la tâche. Nous constatons que ce type de réponse est dominant chez Alexis puisque la différence avec l'échelle atteignant le second score le plus élevé, soit celle de réponses centrées sur l'évitement est de 0,37. Nous notons un écart significatif entre ces deux résultats ce qui amène à dire qu'Alexis a un mode de coping particulièrement centré sur la tâche.

Au questionnaire MCQ-30, qui mesure les métacognitions, Alexis a obtenu un score global de 0,63. L'échelle ayant le résultat le plus élevé est celle de l'auto conscience cognitive (1,0). D'autre part, le résultat le plus bas d'Alexis est celui de l'échelle de la confiance cognitive (0,25).

Quant au stade de motivation au changement, monsieur B. se situe au stade de la contemplation puisqu'il a obtenu un score de 10,99 à l'URICA.

Par rapport aux croyances relatives à la médication de monsieur B., mesurées par le BMQ, son score général est de 0,56. D'autre part, il obtient un score égal aux sous-échelles spécifiques de 0,25. Par ailleurs, la mesure de l'opinion d'Alexis quant aux attitudes de son médecin donne un résultat de 0,8.

Le résultat obtenu à l'Insight Q-8, est de 0,36.

Au niveau de la consommation de substances actuelles de monsieur B., les résultats obtenus au DAST-20 indiquent un niveau peu élevé de problèmes à ce niveau. D'autre part, les résultats obtenus à l'AUDIT indiquent une consommation d'alcool à faible risque.

Il ressort des entretiens que nous avons eus avec monsieur B. que son réseau social est acceptable. En fait, ce dernier a peu d'amis, mais il peut compter sur plusieurs membres de sa famille. Il dit que ses deux sœurs ainsi que ses parents peuvent l'aider et son présents lorsqu'il vit des moments difficiles. Il se dit satisfait du soutien que ces derniers lui apportent. D'autre part, Alexis nous dit qu'il peut compter sur les intervenants de l'Entre-Toit afin de l'aider dans ses diverses démarches.

Au cours des entretiens que nous avons menés avec Alexis, il appert que ce dernier démontre des symptômes positifs. En effet, il tient un discours délirant quant à des pouvoirs qu'il aurait et dit avoir une connexion spéciale avec la nature. De plus, il nous dit être capable de télékinésie et de lire dans les pensées des gens. Ses idées délirantes ne revêtent pas de caractère violent cependant.

5.3. Marc C.

5.3.1. Présentation du sujet

Marc est un homme âgé de 34 ans, célibataire et prestataire de la sécurité du revenu. Il est hébergé à l'Entre-Toit depuis février 2014. Auparavant, il purgeait une sentence de 6 mois au Centre de détention Montréal, communément appelé la prison de Bordeaux. Actuellement, il travaille occasionnellement comme laveur de voitures et n'a pas d'autres activités structurées.

Marc est actuellement en probation avec suivi sous mandat du Ministère de la Sécurité publique.

Monsieur C. est dépendant à l'alcool depuis 2002. D'autre part, il a aussi des antécédents de consommation de drogue, notamment du crack. Marc a déjà entamé une thérapie en lien avec sa problématique de consommation, mais il n'a jamais terminé cette dernière.

Marc a un diagnostic de psychose non spécifiée et un diagnostic de dépendance à l'alcool à l'axe I du DSM-IV. Lorsque sa psychose n'est pas stabilisée, il présente des hallucinations auditives et manifeste des préoccupations paranoïdes. Ce dernier se sent menacé et croit être la victime d'un sort vaudou qui lui aurait été jeté par un membre de sa famille.

5.3.2. Antécédents judiciaires

Monsieur C. est actuellement en probation avec suivi suite à des accusations de vol, entrave à un agent de la paix et bris de condition. Les agirs délinquants de Marc ont débuté alors qu'il était âgé de 23 ans. Sa délinquance est de nature polymorphe et persistante puisqu'il cumule les accusations pour vols, voies de fait, agressions armées. De plus, un grand nombre de défauts de se conformer à une ordonnance de probation sont à son dossier.

Les délits de monsieur C. sont souvent perpétrés alors qu'il est en état d'intoxication et ils s'avèrent souvent de nature inquisitive.

5.3.3. Antécédents psychiatriques

Les premiers contacts avec des services en psychiatrie de monsieur C. sont récents. En effet, lors de son incarcération à la prison de Bordeaux en octobre 2013, il formule la demande d'une consultation avec un médecin spécialiste pour les troubles mentaux. Il stipule qu'il a des hallucinations auditives. C'est alors qu'une évaluation est effectuée et que le psychiatre retient un diagnostic de psychose non spécifiée.

Marc affirme entendre des voix depuis 2009. Il dit que c'est aussi à cette période qu'il a fait l'usage intensif de crack. Ces voix sont de natures insultantes ou suggestives, mais ne suggèrent aucun comportement agressif.

Suite au suivi psychiatrique dont monsieur C. a bénéficié en prison, la poursuite d'un suivi à ce niveau a été mise en place à sa sortie de détention afin de lui assurer des soins et un traitement.

5.3.4. Informations recueillies lors des entretiens et de la passation des outils

Tout d'abord, selon l'évaluation de l'alliance thérapeutique que fait Marc avec son psychiatre, le WAI C donne un résultat global de 0,44. L'échelle ayant le plus haut score est celle de la création du lien et ce dernier est de 0,51. Le plus bas résultat obtenu se retrouve à l'échelle des objectifs et est de 0,28. D'autre part, l'évaluation de l'alliance thérapeutique par Marc avec son intervenante de référence via le WAI C donne un score global de 0,51. Le résultat le plus élevé obtenu pour les échelles est de 0,65 et il est lié aux objectifs. L'échelle ayant le score le moins élevé est celle concernant les tâches et il est de 0,43. Finalement, l'évaluation de l'alliance entre Marc et son intervenante, selon le WAI T qui a été complété par cette dernière, donne un résultat global de 0,81. L'échelle ayant obtenu le plus haut résultat est celle centrée sur les tâches et ce dernier est de 0,83. Le résultat le moins élevé, qui est de 0,69 est relié à l'échelle concernant les

objectifs. Le score global des trois WAI de Marc est de 0,59 ce qui correspond à une alliance de qualité acceptable.

Selon les résultats obtenus au CISS par monsieur C., il s'avère que son mode de coping dominant est celui centré sur la tâche avec un score de 0,59. Cependant, il importe de mentionner que ce mode de coping n'est pas toujours utilisé par Marc puisqu'il obtient un résultat rapproché de 0,50 au mode de coping centré sur les émotions.

Les résultats obtenus lors de l'évaluation des métacognitions de Marc, réalisée à l'aide du MCQ-30, indiquent qu'il obtient un résultat global de 0,64. D'autre part, le score le plus élevé obtenu concerne les échelles de l'auto conscience cognitive et de l'incontrôlabilité et du danger, avec un même résultat de 0,83. Le résultat le plus bas (0,46) est associé aux échelles de confiance cognitive et de croyances positives.

Il appert, suite à la passation de l'URICA, que monsieur C. se situe au stade de l'action quant aux stades de motivation au changement, le résultat obtenu étant de 11,29.

Quant à ses croyances relatives à la médication, qui ont été mesurées par le BMQ, monsieur C. obtient un score total de 0,70. Au niveau du résultat quant aux croyances relatives à la médication obtenus aux échelles de la nécessité de la prise de médication et des préoccupations quant à cette dernière, le score de Marc est de 0,25. D'autre part, le questionnaire sur l'opinion du sujet quant aux attitudes de son médecin permet d'obtenir un résultat de 0,58.

Le résultat obtenu par monsieur C. à l'Insight Q-8 est de 0,38.

En ce qui concerne la consommation de substances de Marc, il s'avère qu'il se situe à un niveau de problèmes possiblement modéré quant à la consommation de drogue selon ses résultats au DAST-20 avec un score de 8. D'autre part, au niveau de sa consommation d'alcool, le score de 26 obtenu à l'AUDIT révèle la présence possible d'une dépendance.

Au cours des entretiens réalisés avec monsieur C. concernant son réseau social, il appert qu'il est davantage entouré par des amis ayant un mode de vie déviant. Il exprime ne pas avoir de vrais amis sur qui il peut compter. D'autre part, Marc mentionne pouvoir compter sur son père et sa mère, mais dit avoir peu de contacts physiques avec ces derniers. Ils entretiennent cependant des contacts téléphoniques réguliers. Marc se dit satisfait du soutien que ces derniers peuvent lui apporter s'il en ressent le besoin.

Au cours des entretiens, Marc nous fait mention qu'il entend encore des voix dans sa tête, mais que ces dernières ne lui font plus peur. Il dira que ces dernières, lorsqu'elles s'adressent à lui, lui donnent des conseils ou font des commentaires, mais ne lui imposent pas de faire quoi que ce soit.

5.4. Yvan D.

5.4.1. Présentation du sujet

Yvan est un homme âgé de 60 ans, célibataire, prestataire de la sécurité du revenu. Il est résident de l'Entre-Toit depuis décembre 2012. Actuellement, il bénéficie d'un suivi psychologique à raison de deux fois par mois. De plus, monsieur D. a des activités structurées à raison de quatre fois par semaine.

Yvan est actuellement en libération avec modalités suite à une décision rendue par la Commission d'examen des troubles mentaux qui est sous la juridiction du Tribunal Administratif du Québec.

Yvan a fait l'objet d'un diagnostic de schizophrénie paranoïde avec idées délirantes et résistante à la médication à l'axe I du DSM-IV. De plus, un diagnostic d'antécédents de consommation de substances toxiques a été retenu à l'axe III du DSM-IV. Lorsque la symptomatologie de monsieur D. est présente, il est possible d'observer que ce dernier désire arrêter de prendre sa médication, il a tendance à prendre des décisions impulsives, comme faire des fugues. De plus, monsieur D. tient des propos délirants de nature grandiose.

Monsieur D. a des antécédents de consommation abusive de substances psychoactives ainsi que d'alcool qui remontent à 2001, voire avant. Les informations au dossier indiquent qu'il est en rémission depuis ce temps.

5.4.2. Antécédents judiciaires

Monsieur D. a été reconnu non criminellement responsable pour cause de troubles mentaux en 2001 suite à des accusations de menaces de mort et de menaces de causer des lésions corporelles. Il est sous mandat du Tribunal Administratif du Québec depuis ce temps.

Les premiers délits commis par Yvan remontent au début des années 1990. Il cumule un bon nombre d'infractions et sa délinquance est hétérogène. Il a été reconnu coupable de fraudes, de plusieurs menaces de mort et de harcèlement. De plus, on retrouve à son dossier des condamnations pour des voies de fait sur un policier, du trafic de stupéfiants, une agression sexuelle ainsi qu'un vol qualifié. Monsieur D. a aussi dû faire face à plusieurs chefs d'accusation de défaut de se conformer à une ordonnance de probation.

5.4.3. Antécédents psychiatriques

Le premier contact avec la psychiatrie de monsieur D. remonte à 1980. Il a par la suite été hospitalisé à plusieurs reprises pour des périodes variant de quelques semaines à quelques années. Les rapports psychiatriques ne font pas état du nombre exact d'hospitalisations. Lors de ces hospitalisations, les diagnostics retenus sont en général ceux de schizophrénie paranoïde avec idées délirantes résistantes à la médication et de traits de personnalité narcissique. Yvan a de nombreux antécédents de non observance au traitement et il lui est arrivé à plusieurs reprises de cesser totalement de prendre sa médication.

5.4.4. Informations recueillies lors des entretiens et de la passation des outils

Tout d'abord, l'alliance thérapeutique que monsieur D. entretient avec son psychiatre, selon le WAI C rempli par Yvan indique un score global de 0,58. Le résultat le plus haut obtenu au niveau des échelles est de 0,61 et concerne celle centrée sur les tâches. D'autre part, le résultat le plus bas obtenu est de 0,57 et réfère à la dimension du lien. Pour ce qui est de l'alliance évaluée par Yvan avec son intervenant de référence par le WAI C, il s'avère que le score global est de 0,51. Le résultat le plus élevé pour les sous-échelles est obtenu pour celle centrée sur le lien avec un score de 0,60. La dimension liée aux objectifs représente le résultat le moins élevé, qui est de 0,42. Finalement, l'alliance entre monsieur D. et son intervenant de référence mesurée par la cotation du WAI T par ce dernier, donne un résultat global de 0,70. Le résultat le plus élevé est celui de la dimension des tâches avec un résultat de 0,86 et celle ayant le plus petit score est l'échelle centrée sur les objectifs, où on obtient 0,44. Le résultat global d'Yvan aux trois WAI administrés est de 0,60, ce qui correspond à une alliance acceptable.

Les stratégies utilisées afin de réagir aux situations stressantes, qui ont été évaluées par le CISS, indiquent que le score le plus élevé est de 0,71 et correspond aux mécanismes de coping centrés sur la tâche.

Au niveau de l'évaluation des métacognitions d'Yvan, effectuée à partir du MCQ-30, il s'avère que le résultat global obtenu est de 0,61. L'échelle ayant obtenu le résultat le plus élevé est celle de l'auto conscience cognitive avec un score de 0,92 suivie de celle du besoin de contrôler ses pensées avec 0,71. Le résultat le plus bas obtenu est de 0,38 et il est relié aux échelles de la confiance cognitive et à celle de l'incontrôlabilité et du danger, ces deux échelles ayant exactement le même score.

La mesure du stade de motivation au changement de monsieur D., réalisée à partir de l'URICA, indique que ce dernier se trouve au stade de la contemplation avec un score de 9,14.

Sous l'angle des croyances relatives à la médication, Yvan obtient au BMQ un score total de 0,76. De plus, monsieur D. obtient un résultat de 0,28 quant à ses croyances liées à la nécessité et aux préoccupations. Finalement, monsieur D. obtient un résultat de 0,55 à l'APMG quant aux attitudes de son médecin.

D'autre part, le résultat obtenu par l'Insight Q-8 réalisé avec monsieur D. est de 0,38.

L'évaluation de la consommation de substance d'Yvan indique qu'il a un niveau peu élevé de problèmes quant à une consommation de drogue. Il obtient le score de 0 au DAST-20. D'autre part, le résultat de l'AUDIT étant de 6 indique que monsieur D. présente une consommation à faible risque probable.

Au cours des entretiens, Yvan nous dit avoir des gens sur qui il peut compter en cas de besoin, notamment sa femme et d'autres personnes. Cependant, ces femmes et autres personnes font partie de son délire et n'existent pas. Il nous dit toutefois avoir des contacts téléphoniques avec sa mère, mais ne pas pouvoir compter sur cette dernière. Il entretient aussi des contacts sporadiques avec son frère. Monsieur D. n'a pas d'amis, son réseau social est donc quasi inexistant.

Lors des rencontres, Yvan nous a fait part de ses idées délirantes en étant convaincu qu'elles étaient réelles. Il nous a dit devoir se dépêcher à terminer sa participation à notre projet, car il serait bientôt célèbre et n'aura plus de temps à nous consacrer. Il nous a été possible de constater et d'observer la présence récurrente d'idées délirantes dans le discours de monsieur D.

D'autre part, il a été possible d'observer la présence de symptômes négatifs. En effet, monsieur D. a manifesté, lors des entretiens et ce à plusieurs reprises, un affect inapproprié. De plus, en relevant les notes contenues à son dossier, il est possible de constater que ce dernier manifeste du retrait social. Un trouble de l'attention marqué par une difficulté à rester concentré sur les questionnaires s'est aussi fait sentir. Nous devons souvent arrêter notre rencontre, car Yvan n'arrivait pas à se concentrer sur les questions.

5.5. Jean-Claude E.

5.5.1. Présentation du sujet

Jean-Claude est un jeune homme âgé de 27 ans, célibataire et prestataire de la sécurité du revenu. Il a été hospitalisé à l'Institut Philippe Pinel de juin 2012 à octobre 2013, où il a intégré la ressource d'hébergement l'Entre-Toit. Actuellement, il a un suivi à la clinique Cormier-Lafontaine, qui est spécialisée dans le traitement des personnes ayant des troubles de santé mentale et de toxicomanie, afin de travailler sur ses problématiques. D'autre part, il travaille à temps partiel via un programme de retour au travail pour les personnes ayant des troubles de santé mentale ce qui lui permet de se réinsérer dans la collectivité.

Jean-Claude est actuellement en libération avec conditions suite à une décision rendue par la Commission d'examen des troubles mentaux, qui est sous la juridiction du Tribunal Administratif du Québec.

Jean-Claude a un diagnostic de schizophrénie paranoïde ainsi qu'un diagnostic d'abus de substances en rémission institutionnelle à l'axe I du DSM-IV. D'autre part, à l'axe II, on retrouve un diagnostic de trouble de la personnalité mixte. Lorsque les symptômes de la maladie ne sont pas contrôlés, Jean-Claude présente des hallucinations auditives, des comportements étranges et il tient des propos insolites. De plus, il manifeste des idéations paranoïdes et présente des idées délirantes de persécution en particulier reliées à son équipe traitante.

L'usage de substances psychoactives de monsieur E. débute alors qu'il est adolescent. Il fait régulièrement usage de cannabis à cette époque. Par la suite, il devient dépendant aux stimulants vers l'âge de 20 ans. Il consomme diverses substances, soit de l'alcool, de la cocaïne, des stimulants ainsi que du cannabis. Alors qu'il est hospitalisé à l'Institut Philippe Pinel de Montréal, il complète avec succès le programme de traitement en toxicomanie offert par l'hôpital.

5.5.2. Antécédents judiciaires

Monsieur E. a été reconnu non criminellement responsable pour cause de troubles mentaux en juillet 2009 suite à des accusations de voies de fait, incendie criminel et bris de conditions. Il est toujours sous mandat du Tribunal Administratif du Québec.

Jean-Claude n'a pas d'antécédent judiciaire connu avant les faits qui lui sont reprochés en 2009.

5.5.3. Antécédents psychiatriques

Le premier contact avec des services en psychiatrie de Jean-Claude a lieu en décembre 2008. Il consulte alors pour des désordres d'ordre psychotique causés par une consommation active de stupéfiants. Il est hospitalisé en avril 2009, suite à une grande désorganisation qui l'a mené à commettre les délits qui lui sont reprochés. C'est à ce moment que les diagnostics de schizophrénie paranoïde, de troubles de la personnalité mixte ainsi que de toxicomanie sont retenus par son psychiatre. Par la suite, il vivra des épisodes d'hospitalisation et de non hospitalisation. Finalement, monsieur E. est hospitalisé en janvier 2012 suite à une importante décompensation psychotique.

5.5.4. Informations recueillies lors des entretiens et de la passation des outils

L'alliance thérapeutique entre monsieur E. et son psychiatre, mesurée par le WAI C rempli par Jean-Claude, atteint un résultat global de 0,73. L'échelle ayant obtenu le résultat le plus élevé est celle concernant les tâches avec un score de 0,75 et l'échelle concernant le lien est celle qui a obtenu celui le plus bas, soit 0,71. D'autre part, l'alliance avec l'intervenant de référence de Jean-Claude et ce dernier, qui a été mesurée par le WAI C complété par le sujet, indique un résultat global de 0,57. L'échelle concernant les objectifs est celle qui a obtenu le plus haut résultat avec 0,63 et celle ayant le score le moins élevé est l'échelle centrée sur les tâches, avec 0,50. Finalement, selon les résultats obtenus au WAI T rempli par l'intervenant de Jean-Claude, le résultat global de la mesure de l'alliance thérapeutique est de 0,74. L'échelle concernant le lien a le score le plus élevé, soit 0,86. Le résultat le plus bas, qui est de 0,67, a été obtenu à

l'échelle concernant les tâches. Le score global des trois WAI administrés de Jean-Claude est de 0,68.

En ce qui concerne les modes de coping face aux situations stressantes, il ressort du CISS que le mode de coping prédominant chez monsieur E. est celui centré sur la tâche avec un score de 0,73. Par contre, il est important de mentionner que Jean-Claude utilise beaucoup le mode de coping centré sur l'évitement, car il obtient 0,70. Étant donné que les deux résultats sont très proches, il est possible de dire que monsieur E, fait face aux situations stressantes en utilisant ces deux méthodes.

Au niveau des métacognitions, qui ont été mesurées avec le MCQ-30, il ressort des résultats que monsieur E. obtient un résultat global de 0,65. D'autre part, l'échelle où le résultat s'avère le plus élevé est celle de l'auto conscience cognitive avec 0,79. Le score le plus bas est de 0,58 et réfère à l'échelle des croyances positives.

La compilation des résultats obtenus à l'URICA permet de conclure que Jean-Claude est au stade de mise en action, avec un résultat total de 12,29.

D'autre part, le résultat global de monsieur E. au BMQ, qui mesure ses croyances relatives à la médication, s'avère être de 0,63. De plus, l'importance relative de ses attitudes face à la médication aux échelles spécifiques, indique un résultat de 0,53. D'autre part, le résultat obtenu au questionnaire concernant l'opinion du sujet quant aux attitudes de son médecin est de 0,69.

Suite à l'évaluation de l'insight de Jean-Claude réalisée à l'aide de l'Insight Q-8, nous obtenons un résultat total de 0,63.

Au niveau de la consommation de substances, Jean-Claude a obtenu 15 au DAST-20, ce qui indique qu'il a possiblement un niveau de problèmes substantiel de consommation de drogue. D'autre part, à l'AUDIT il a obtenu un score de 14, ce qui indique qu'il a possiblement une consommation d'alcool à risque.

Au cours des entretiens que nous avons menés avec lui, Jean-Claude, nous dit qu'il n'a pas vraiment d'ami sur qui il peut compter. Il nomme ses parents comme personnes ressources, mais en mentionnant qu'ils ne peuvent être présents pour lui comme il le souhaiterait. Jean-Claude nous indique que les personnes qui peuvent l'aider en cas de besoin sont davantage les professionnels qui gravitent autour de lui en ce moment.

6. ANALYSE ET INTERPRÉTATION DU MATÉRIEL RECUEILLI

Cette section porte sur l'analyse et l'interprétation des résultats obtenus pour chacun des cas. L'analyse sera bonifiée par des informations obtenues dans le cadre des rencontres avec les sujets ainsi que des informations recueillies aux dossiers de ceux-ci. Certaines informations ne figurent pas dans la présentation des résultats, nous les avons ajoutées dans cette section afin de compléter notre analyse et nos interprétations.

6.1. Jack A.

Les scores de Jack au Working Alliance Inventory avec son psychiatre (0,88) et son intervenante (0,91) sont assez élevés et indiquent que monsieur A. considère avoir une excellente alliance thérapeutique tant avec son médecin qu'avec son intervenante. Nous notons une légère différence quant à l'évaluation de l'alliance complétée par l'intervenante de Jack (0,75), ce qui n'empêche pas le score de répondre aux critères d'une excellente alliance. Cependant, la différence entre les perceptions des deux acteurs pourrait être attribuée à la tendance générale des praticiens à sous-estimer la qualité de l'alliance qu'ils ont avec leur client (Wittorf et *al.*, 2009).

D'autre part, l'échelle où on constate les plus hauts résultats est celle du lien, pour les trois WAI complétés. Il semble donc que Jack et ses thérapeutes ont des caractéristiques positives qui favorisent le lien de confiance. En effet, Jack nous a mentionné que son psychiatre prenait le temps d'écouter ses arguments lorsqu'il était en désaccord avec le plan de soin proposé et dit se sentir respecté par l'équipe traitante. L'évaluation qu'il fait des attitudes de son médecin va dans le même sens puisque le score obtenu est de 0,75, ce qui signifie que globalement, son psychiatre est perçu comme jouant bien un rôle sur le plan de l'information, la communication et l'éducation. D'autre part, monsieur A. nous indique que le lien avec son intervenante est positif, il se sent en confiance avec elle et il ne craint pas de lui dire la vérité, car il sait qu'elle ne le jugera pas.

Si nous tentons de mettre les autres dimensions évaluées en lien avec la qualité de l'alliance thérapeutique établie par Jack avec son psychiatre et son intervenante, nous pouvons constater que monsieur A. adopte deux modes de coping dont celui centré sur l'évitement et celui centré sur la tâche. Ces deux modes de réaction face à des situations stressantes sont considérés comme adéquats et aidants afin d'avoir un meilleur fonctionnement global général. Le coping centré sur l'évitement joue un rôle de médiation quant à la symptomatologie positive et peut être considérée comme une stratégie d'adaptation chez les personnes souffrant de troubles psychotiques (Ritsner et al, 2003). Il est possible d'envisager que la dimension du coping ait un lien avec la qualité de l'alliance de Jack. D'autre part, le score dans la moyenne qu'a obtenu Jack au niveau de la mesure de ses métacognitions pathologiques (0,53 au MCQ-30), semble indiquer que celles-ci ne jouent pas de rôle majeur quant à la création et au maintien de l'alliance. Il est possible de supposer que ses modes adaptés de coping viennent compenser pour les métacognitions pathologiques.

D'autre part, Jack est au stade du maintien dans sa motivation au changement. La littérature indique que la motivation à changer du patient est un facteur qui augmente le degré d'alliance thérapeutique (Charpentier et al., 2009). Dans ses comportements quotidiens, on constate que Jack se mobilise pour respecter son plan de soin. Par exemple, il poursuit son travail aux Ateliers Quatre Saisons malgré le fait qu'il trouve que ce ne soit pas payant et valorisant, puisque son équipe traitante lui demande de le faire.

Quant aux croyances relatives à la médication, Jack obtient un score un peu plus haut que 50%, soit 0,60. Cela indique qu'il est ambivalent quant à l'importance de prendre sa médication et quant aux effets bénéfiques de cette dernière. Il est possible de dire que malgré l'alliance positive de Jack avec ses intervenants, il ne semble pas en accord avec les moyens proposés, ce qui peut expliquer son score plus bas au WAI en ce qui concerne la dimension des tâches. Il est envisageable que monsieur A. soit en désaccord avec la prise de médication, contrairement aux indications de son psychiatre.

L'insight que Jack a par rapport à sa maladie (0,88 au Insight Q-8) peut être qualifié d'élevé. Il a une bonne conscience de sa schizophrénie et de son besoin de traitement, ce qui peut avoir une influence sur la qualité de l'alliance thérapeutique.

Il ressort que Jack obtient un score qui le met en possible difficulté quant à sa consommation de drogue et d'alcool. Contrairement à la littérature, la présence de cette problématique ne semble pas influencer l'alliance thérapeutique dans le cas de monsieur A. Par contre, il est possible que Jack soit en désaccord avec les moyens proposés par son équipe traitante, ce qui pourrait expliquer que les moyens soient la dimension où Jack obtient des scores plus bas que pour les autres dimensions.

Le soutien social dont peut bénéficier monsieur A. est pauvre, selon les résultats. Or, ce dernier détient tout de même une bonne alliance avec son médecin et son intervenante. Nous ne pouvons donc conclure qu'il y a un lien entre le soutien social et l'alliance pour ce client.

D'autre part, Monsieur A. ne présente pas, actuellement, de symptômes positifs, mais plusieurs symptômes négatifs sont observables chez lui. Cela semble confirmer les recherches existantes quant au fait que les symptômes positifs favorisent davantage l'établissement d'une alliance thérapeutique.

Finalement, le 5 mars 2014, moment où s'est tenu l'entretien, Jack était installé depuis un certain moment à l'Entre-Toit au moment de l'entretien, soit depuis le 31 octobre 2013. La durée caractérisant la relation thérapeutique peut expliquer le score élevé quant à l'alliance avec son intervenante de référence.

6.1.1. Conclusions générales

Jack possède une excellente alliance avec son psychiatre et son intervenante de référence. La qualité de cette alliance est associée à différents facteurs. Tout d'abord, le fait que Jack utilise des modes de coping centrés sur la tâche et l'évitement font en sorte qu'il s'adapte mieux et cela a pu avoir une incidence sur l'alliance. Le mode de coping par l'évitement a un impact sur la diminution de la symptomatologie positive et

conduit à une meilleure qualité de vie subjective (Ritsner et *al.*, 2003). Il n'est pas possible de dégager clairement si les métacognitions pathologiques ont eu un lien avec l'alliance, ces dernières étant présentes, mais à 50% environ.

D'autre part, le fait que Jack en soit au stade du maintien au niveau de la motivation au changement peut aussi améliorer la qualité de son alliance. Sur le plan de l'insight, monsieur A. démontre une bonne conscience de son trouble psychiatrique, ce qui semble aussi être une dimension associée de manière positive à l'alliance.

Les attitudes d'écoute, d'ouverture et d'empathie manifestées par son médecin et son intervenante peuvent avoir influé sur l'alliance. De plus, les attitudes générales du psychiatre de Jack, en matière d'information et d'éducation sont perçues comme positives, ce qui peut aussi avoir un impact.

Finalement, le fait que Jack ait une problématique de consommation ainsi qu'un pauvre réseau social ne semble pas influencer sur la qualité de l'alliance thérapeutique. Il est envisageable que les autres facteurs abordés auparavant aient d'avantage d'impact sur la qualité de l'alliance.

6.2. Alexis B.

Les résultats obtenus par Alexis quant à l'alliance globale avec son psychiatre (0,70) nous permettent de dire que ces derniers ont su établir une bonne alliance. D'autre part, l'alliance entre Alexis et son intervenante de référence est supérieure (0,87) et peut être qualifiée d'excellente. Il est possible de noter une légère différence dans la perception de cette alliance par l'intervenante de monsieur B. (0,78). Il est possible de remarquer que la sous-échelle pour laquelle le sujet a obtenu les scores les plus élevés pour les trois WAI complétées est celle du lien. Cette dimension semble importante pour monsieur B. Il nous est possible de déduire que le psychiatre d'Alexis ainsi que son intervenante ont des attitudes qui favorisent la création et le maintien du lien. Tout d'abord, l'évaluation des attitudes du médecin indique un score élevé (0,80), ce qui indique que le psychiatre de monsieur B. joue bien son rôle vis-à-vis de son patient sur

le plan de l'information, la communication et l'éducation. D'autre part, monsieur B. nous a mentionné qu'il se sent en confiance avec son intervenante, perçue comme aidante et à l'écoute de ses besoins et émotions. Ces attitudes positives sont associées la qualité du lien entre les protagonistes.

Le mode de coping dominant chez monsieur B. est celui centré sur la tâche (0,91). Un score élevé à ce niveau nous indique qu'Alexis adopte une manière de faire face aux situations stressantes adaptées qui lui permet un meilleur fonctionnement global. En étant centré sur la tâche, Alexis affronte les situations stressante concrètement en se mettant en action et il lui est donc possible de résoudre les situations de façon constructive, ce qui améliore son fonctionnement global ainsi que sa qualité de vie (Simonet et *al.*, 2005). Il est possible de supposer que ce résultat ait un lien avec la qualité de l'alliance thérapeutique. D'autre part, au niveau des métacognitions pathologiques, monsieur B. a obtenu un score de 0,53. Cela nous indique qu'il a des métacognitions pathologiques qui peuvent nuire à son rétablissement, mais qu'il en a aussi qui sont efficaces. Compte tenu du résultat moyen à ce niveau, nous ne pouvons faire de lien clair avec la qualité de l'alliance.

Étonnamment, monsieur B. se trouve au niveau de la contemplation dans les stades de motivation au changement, ce qui indique qu'il n'est pas nécessairement en action afin de régler ses problématiques. La littérature mentionne que la motivation s'avère une dimension ayant un impact sur l'alliance thérapeutique. Or, le fait qu'Alexis soit au stade de la contemplation ne semble pas lié à sa capacité à créer une alliance de qualité.

D'autre part, monsieur B. a un insight faible. En effet, les résultats qu'il a obtenus indiquent qu'il a une conscience médiocre ou intermédiaire du trouble dont il souffre. Dans son discours, Alexis dit qu'il n'est pas malade. Il se considère comme différent, détenteur de pouvoirs que les autres n'ont pas et se dit incompris. D'autre part, ses croyances relatives à la médication tendent vers une vision légèrement négative de cette dernière. Monsieur considère qu'il pourrait cesser de la prendre, car il ne se sent pas malade. Par ailleurs, le discours d'Alexis au cours des entretiens que nous avons

effectués avec lui nous permet de constater la présence d'idées délirantes. Cela indique que monsieur B. a une symptomatologie positive importante. Ces dimensions, selon la littérature, représentent un obstacle à l'obtention d'une bonne alliance, mais cela ne semble pas être le cas pour Alexis. Malgré les dimensions qui sont néfastes à la qualité de l'alliance, il semble que ce sujet ait établi une alliance de qualité, car il se sent bien avec son intervenante et il perçoit son psychiatre comme aidant. La bonne alliance réside dans le lien, malgré que le sujet soit en désaccord avec son traitement.

Au niveau de la consommation de drogue et d'alcool, Alexis présente un risque faible. Ce résultat tend dans le même sens que la littérature, à savoir qu'une consommation de substances psychoactives modérée ou absente favorise l'établissement de l'alliance. D'autre part, monsieur B. a un soutien social acceptable. Le fait d'avoir un réseau peut avoir une incidence sur la qualité de l'alliance avec ce patient.

6.2.1. Conclusions générales

Selon le point de vue d'Alexis, l'alliance établie avec son psychiatre ainsi que son intervenante est de bonne qualité. Il existe une minime différence du point de vue de l'intervenante qui juge cette alliance bonne. De plus, il est possible d'observer que l'alliance qu'Alexis a installée avec son intervenante est supérieure que celle avec son médecin. Certains facteurs semblent associés à la qualité de l'alliance thérapeutique chez monsieur B. Tout d'abord, le recours à un mode de coping centré sur la tâche peut faciliter l'alliance puisque le patient tente d'employer des méthodes afin de résoudre le problème concrètement, ce qui peut être positif quant à la dimension du but et des moyens de l'alliance. D'autre part, l'influence de la présence de métacognitions pathologiques n'est pas claire pour ce sujet. Finalement, l'alliance de qualité semble s'expliquer par le lien qu'Alexis a avec ses thérapeutes puisqu'il se sent respecté et en confiance avec ces derniers.

Contrairement à ce qui est retrouvé dans la littérature, le faible insight ainsi que des croyances négatives concernant la médication ne semblent pas avoir d'impact sur l'alliance pour Alexis. De plus, la présence de symptômes positifs, soit des idées

délirantes, ne semble pas non plus affecter l'alliance thérapeutique. Il est possible d'envisager que ces dimensions soient tempérées par d'autres dimensions qui permettent une bonne alliance, dont la grande qualité du lien qu'Alexis entretient avec ses thérapeutes.

Le faible risque de consommation de substances psychoactives présenté par Alexis est cohérent avec le fait que cette dimension a un impact sur une alliance plus élevée que chez un patient qui consomme. D'autre part, monsieur B. ayant un réseau social acceptable composé de peu d'amis, mais où les membres de sa famille sont présents pour le soutenir, il s'agit d'une situation qui pourrait aussi influencer sur la qualité de l'alliance.

6.3. Marc C.

L'alliance thérapeutique nouée entre monsieur C. et son psychiatre peut être qualifiée d'acceptable. Il est possible de mettre en relation la qualité acceptable de l'alliance avec l'opinion qu'à monsieur C. quant aux attitudes de son médecin. En effet, les résultats démontrent que Marc a une opinion mitigée quant aux attitudes de son médecin, qui n'est pas perçu comme jouant bien son rôle sur le plan d'information, de la communication et l'éducation.

D'autre part, le WAI C complété par Marc indique que l'alliance créée avec son intervenante s'avère aussi acceptable. Il est possible de constater une grande différence entre l'évaluation de l'alliance faite par Marc et celle effectuée par son intervenante puisque les résultats du WAI T complété par cette dernière donnent un résultat d'alliance excellente. Une grande différence existe entre les deux évaluations effectuées. Ces résultats sont contraires à ce qu'on retrouve dans la littérature puisque de manière générale, l'alliance est évaluée moins favorablement par les praticiens (Wittorf et *al.*, 2009). Monsieur C. a une meilleure alliance avec son intervenante qu'avec son psychiatre. Selon le point de vue de Marc, l'alliance thérapeutique avec ses praticiens est acceptable. Nous pouvons donc envisager que des facteurs ont pu contribuer à entraver la qualité de l'alliance thérapeutique.

Monsieur C. utilise des mécanismes de coping centrés sur la tâche, mais aussi centrés sur l'émotion. Or, les modes de coping centrés sur l'émotion sont plus négatifs pour lui, car ils s'avèrent moins adaptés pour faire face aux situations problématiques, sauf si ces dernières sont incontrôlables, ce qui peut occasionner un moins bon fonctionnement social (Simonet et *al.*, 2005). Nous pouvons envisager que le recours au coping centré sur l'émotion soit un facteur qui contribue à une moins bonne alliance chez monsieur C. D'autre part, les résultats au MCQ-30 de Marc indiquent que ce dernier a recours à des métacognitions pathologiques de manière modérée. Ces modes de pensées peuvent aussi entraver une bonne formation de l'alliance.

D'autre part, les croyances relatives à la médication de Marc sont fortement axées vers une attitude négative envers la médication. Ce dernier mentionne qu'il ne croit pas que ses médicaments l'aident. Il estime qu'il pourrait cesser de prendre ces derniers et que cela n'aurait pas d'impact pour lui. Ces croyances négatives peuvent être reliées au niveau de l'alliance qu'il entretient avec ses thérapeutes. De plus, le fait que monsieur C. soit à risque élevé au niveau de sa consommation de substances psychoactives, notamment avec une possible dépendance à l'alcool, correspond à ce que la littérature indique quant au fait que la consommation peut nuire à l'alliance.

Les résultats de Marc à l'Insight Q-8 (0,38) indiquent qu'il a une conscience médiocre ou intermédiaire du trouble dont il souffre. Au cours des entretiens, ce dernier est en capacité de nommer son diagnostic, mais ne pourra l'expliquer. Il ne se croit pas malade et considère séjourner dans une ressource en psychiatrie légale afin que les intervenants l'aident à se trouver un appartement et un emploi. Cette mauvaise conscience de sa maladie peut être mise en relation avec son faible niveau d'alliance.

Monsieur C. présente actuellement une symptomatologie positive, disant entendre encore des voix dans sa tête. Il dit que parfois ces dernières le dérangent, mais qu'il arrive à composer avec elles. Il est possible que ces symptômes aient un impact sur l'alliance de monsieur puisque son état mental est perturbé et qu'il peut avoir des

distorsions cognitives importantes qui peuvent entraver la compréhension entre lui et l'équipe traitante.

Le résultat obtenu à l'URICA par Marc nous amène à faire un lien contraire à ce qui est retrouvé dans la littérature. En effet, monsieur C. se situe au stade de l'action, mais cet état ne semble pas avoir d'effet positif sur l'alliance. Malgré que Monsieur C. se situe au stade de l'action, sa symptomatologie positive et les autres dimensions étudiées peuvent freiner la qualité de l'alliance. D'autre part, la pauvreté du soutien social de Marc peut être liée à la moins bonne qualité de l'alliance thérapeutique.

6.3.1. Conclusions générales

L'analyse des résultats obtenus et des caractéristiques de Marc nous permet de formuler certains constats. Tout d'abord, il s'avère que Marc a une alliance légèrement supérieure avec son intervenante qu'avec son psychiatre. D'autre part, il existe une différence significative entre la vision de l'alliance de Marc et de celle de son intervenante. Il est possible d'envisager que cet écart soit relié aux caractéristiques découlant du trouble psychotique de monsieur C. ou aux caractéristiques de son intervenante.

D'autre part, il est possible de constater que le faible insight de monsieur ainsi que ses croyances négatives face à la médication semble influencer négativement sur la qualité de l'alliance. De plus, le fait que monsieur C. utilise des modes de coping centré sur l'émotion et la présence importante de métacognitions pathologiques chez monsieur C. peuvent aussi expliquer une alliance de qualité moindre.

D'autre part, la problématique de consommation de substances psychotropes ainsi que le manque de soutien social sont des dimensions associées à la qualité de l'alliance de monsieur C. avec son médecin et son intervenante. Le fait que monsieur soit au stade de l'action quant aux stades de motivation au changement ne nous permet pas de conclure qu'il y a une influence positive sur l'alliance chez ce sujet, contrairement à ce que la littérature nous indique.

6.4. Yvan D.

Les résultats obtenus indiquent qu'Yvan juge avoir une alliance acceptable avec son psychiatre et son intervenant. Il est toutefois possible de remarquer une différence quant à l'alliance thérapeutique avec l'intervenant puisque ce dernier, au WAI, qualifie l'alliance nouée avec Yvan de bonne. Cette différence de perceptions entre monsieur D. et son intervenant contredit le fait que certaines recherches indiquent que les patients ont tendance à évaluer l'alliance de manière plus positive que les thérapeutes. Les résultats obtenus aux sous-échelles du WAI démontrent aussi une différence entre les résultats de son questionnaire et ceux de son intervenant. En effet, monsieur D obtient un score plus élevé à l'échelle concernant le lien alors que pour son intervenant, l'échelle qui obtient le plus haut score est celle des tâches. Ces différences peuvent éventuellement s'expliquer par les distorsions cognitives dues à la symptomatologie d'Yvan.

Le mode de coping dominant chez monsieur D. est celui centré sur la tâche. Ceci indique qu'il est en capacité de s'adapter adéquatement aux situations stressantes, mais cette dimension ne semble pas avoir de liens avec la qualité de son alliance thérapeutique. D'autre part, il obtient un résultat moyennement élevé au niveau des métacognitions pathologiques. De plus, son score de 1 à la sous échelle de l'auto conscience cognitive, qui se définit par le fait de penser continuellement au fonctionnement de sa pensée comme être toujours attentif à savoir comment sa pensée fonctionne, semble indiquer que ces mécanismes de pensées sont fortement nuisibles, et nous pouvons induire que ces derniers peuvent avoir un impact négatif sur son alliance thérapeutique (Morrison et al., 2003).

D'autre part, monsieur D. se situe au niveau de la contemplation quant aux stades de motivation au changement. Il est possible que le fait que son désir de changer et de travailler sur ses problématiques soit faible, voire inexistant, contribue à influencer négativement l'alliance. De plus, les croyances relatives d'Yvan quant à sa médication sont assez négatives. En effet, il a obtenu un score de 0,70 au MBQ. Le fait qu'il ait la

croyance que la prise de sa médication comporte davantage d'inconvénients que d'avantages peut aussi avoir un effet sur l'alliance. Il peut se trouver en désaccord avec les buts proposés par les cliniciens, dont celui d'observer son traitement pharmacologique, ce qui vient diminuer la qualité de l'alliance à ce niveau.

L'alliance qualifiée d'acceptable avec son médecin peut être mise en parallèle avec l'opinion de monsieur D quant aux attitudes de son psychiatre. En effet, ce dernier obtient un score de 0,55 à l'APMG, ce qui indique qu'il considère que son psychiatre joue mal son rôle sous l'angle de l'information et de l'éducation. Il est possible que ce score soit lié à la qualité de l'alliance thérapeutique.

D'autre part, l'insight chez monsieur D. s'avère faible, le score obtenu à l'Insight Q-8 indiquant que la conscience du trouble est médiocre ou intermédiaire. En entretien, monsieur D. ne reconnaît pas être malade et dit qu'il s'agit d'une erreur, voire d'un complot et que la vérité éclatera bientôt au grand jour. À la lueur du discours du patient, nous pouvons dire que sa conscience du trouble est médiocre et non intermédiaire.

La symptomatologie très importante d'Yvan peut aussi avoir des effets négatifs sur l'alliance thérapeutique. En effet, monsieur D. est constamment délirant et il éprouve de la difficulté à mener une conversation sans aborder des sujets faisant partie de son délire. Son psychiatre indique d'ailleurs dans un rapport que ces symptômes résistent au traitement et qu'il y a peu de chances qu'ils s'atténuent.

Finalement, les données recueillies ne nous permettent pas de faire de lien clair entre la pauvreté du réseau social de monsieur D. et son alliance thérapeutique. D'autre part, son risque très faible de présenter une consommation de drogue et d'alcool ne semble pas être lié positivement à l'alliance.

6.4.1. Conclusions générales

L'alliance thérapeutique que monsieur D. entretient avec son psychiatre et son intervenant de référence semble être influencée par la plupart des dimensions à l'étude dans ce rapport. En effet, il semble que sa symptomatologie ainsi que l'importance de

ses métacognitions pathologiques puissent avoir un impact négatif sur la qualité de l'alliance d'Yvan. D'autre part, il ressort de cela que les attitudes négatives attribuées par monsieur D. à son psychiatre constituent une entrave au développement de l'alliance. Il est important de souligner qu'Yvan a une alliance un peu plus forte avec son intervenant de l'Entre-Toit. Cela soulève la question des attitudes que ce dernier adopte avec son client, qui sont peut-être perçues comme plus positives.

D'autre part, la faible capacité d'introspection d'Yvan ainsi que son état de contemplation face à sa maladie semblent, comme la littérature l'indique, limiter la qualité de l'alliance.

Malgré qu'Yvan n'ait pas de problème de consommation de drogue et d'alcool et qu'il ait un mode de coping centré sur la tâche, cela ne semble pas avoir une influence sur la bonne qualité de l'alliance, malgré que la littérature indique que ces facteurs augmentent la qualité du lien avec le thérapeute. Il est possible que les facteurs entravant l'alliance soient d'une telle importance que l'influence des facteurs positifs soit moins visible.

6.5. Jean-Claude E.

Selon les résultats de Jean-Claude obtenus aux différents WAI, l'alliance thérapeutique nouée avec le psychiatre est bonne et celle nouée avec son intervenant est acceptable. Il existe une différence de perception quant à l'alliance entre Jean-Claude et son intervenant de référence de l'Entre-Toit. En effet, le score obtenu au WAI T rempli par l'intervenant de monsieur E, indique que l'alliance est bonne. Son intervenant a donc une meilleure perception de leur alliance thérapeutique que Jean-Claude.

Au niveau des mécanismes de coping, il s'avère que Jean Claude adopte deux modes de réaction face aux situations stressantes soit celui centré sur la tâche et celui centré sur l'évitement. Comme la littérature l'indique, ces modes sont plus adaptés pour les patients ayant des troubles psychotiques et leur permettent un fonctionnement global

plus élevé (Ritsner et *al.*, 2003). D'autre part, Jean-Claude a un niveau élevé de métacognitions pathologiques, notamment en ce qui concerne l'auto conscience cognitive. L'alliance thérapeutique étant déjà acceptable, voire bonne, il est possible qu'elle puisse augmentée si les métacognitions étaient moins présentes. Il est aussi possible que les modes de coping adoptés à Jean Claude relativisent l'association entre les métacognitions et l'alliance thérapeutique, puisque cette dernière est tout de même positive.

Monsieur E. se situe au stade de l'action dans sa motivation au changement, ce qui est cohérent avec la qualité de son alliance thérapeutique. Compte tenu de sa bonne mobilisation face à sa problématique, il est possible que cela influe positivement sur l'alliance. Jean-Claude se montre très impliqué dans son plan de soin et il met en place ce qui lui est demandé par son équipe traitante. D'autre part, il dit souhaiter retrouver un mode de vie normal. Cette motivation peut être un facteur encourageant une bonne alliance. L'insight de Jean-Claude peut être qualifié de médiocre à intermédiaire ce qui s'avère cohérent avec la qualité de l'alliance qui est acceptable sans plus.

Si nous ne prenions que les dimensions précitées, nous pourrions nous attendre à ce que l'alliance soit plus forte. Toutefois, il s'ajoute le fait que Jean-Claude a des croyances négatives quant à la médication psychotrope. Le score de (0,53) relatif aux échelles spécifiques indique qu'il est en désaccord avec sa propre prise de médication et non seulement avec la médication de manière générale. Cette dimension peut être une entrave à qualité de l'alliance comme le suggère la littérature.

D'autre part, selon les résultats obtenus, Monsieur E. semble avoir une consommation de drogue et d'alcool à risque. Au niveau de sa consommation de drogue, on note des problèmes possiblement substantiels; en ce qui concerne sa consommation d'alcool, elle est possiblement à risques. Or, il ressort de la littérature que la consommation de substance peut entraver la création de l'alliance thérapeutique (Charpentier et *al.*, 2009).

6.5.1. Conclusions générales

À la lumière des résultats obtenus, il est possible de conclure que Jean-Claude a noué une meilleure alliance thérapeutique avec son psychiatre qu'avec son intervenant. Cependant, celui-ci évalue l'alliance plus positivement que Jean-Claude. On peut se demander si les métacognitions ou d'autres facteurs liés à monsieur E., ou encore des caractéristiques de son intervenant de référence viennent expliquer cette divergence.

D'autre part, il appert que les associations entre les dimensions étudiées chez Jean Claude et la qualité de l'alliance thérapeutique sont, pour la plupart, conformes aux résultats des recherches antérieures. En effet, la qualité de l'alliance est d'acceptable à bonne, l'insight est partiel et les croyances relatives à la médication assez négatives. Nous pouvons déduire que ces dimensions ont des liens avec la qualité de l'alliance. De plus, la problématique de consommation de substance psychoactive tend probablement à diminuer la qualité de l'alliance tandis que les modes de coping pourraient la favoriser.

Étant donné que les scores de Jean-Claude aux différentes dimensions explorées sont bas pour certains et hauts pour d'autres, il est possible de croire que c'est pour cela que l'alliance n'est pas de mauvaise qualité, sans être excellente non plus.

Tableau I : données recueillies pour chaque sujet

		Jack A.	Alexis B.	Marc C.	Yvan D.	Jean-Claude E.
Diagnostique		<i>Schizophrénie paranoïde</i> <i>Abus d'alcool et de substances</i>	<i>Schizophrénie paranoïde</i> <i>Toxicomanie</i>	<i>Psychose non spécifiée</i> <i>Dépendance à l'alcool</i>	<i>Schizophrénie paranoïde</i> <i>Antécédents de consommation de substances toxiques</i>	<i>Schizophrénie paranoïde</i> <i>Abus de substances en rémission institutionnelle</i>
WAI C (psychiatre)	Score global	0,88	0,70	0,44	0,58	0,73
	Échelle objectifs	0,86	0,71	0,28	0,57	0,74
	Échelle tâches	0,82	0,76	0,51	0,61	0,75
	Échelle lien	0,94	0,78	0,51	0,57	0,71
WAI C (Intervenant de référence)	Score global	0,91	0,87	0,51	0,51	0,57
	Échelle objectifs	0,82	0,83	0,65	0,42	0,63
	Échelle tâches	0,94	0,85	0,43	0,51	0,50
	Échelle lien	0,96	0,93	0,46	0,60	0,58
WAI T (Intervenant de référence)	Score global	0,75	0,78	0,81	0,70	0,74
	Échelle objectifs	0,60	0,63	0,69	0,44	0,68
	Échelle tâches	0,74	0,83	0,90	0,86	0,67
	Échelle lien	0,92	0,88	0,83	0,79	0,86
Score moyen au 3 WAI		0,85	0,78	0,59	0,60	0,68

		Jack A.	Alexis B.	Marc C.	Yvan D.	Jean-Claude E.
CISS		<i>Mode centré sur l'évitement (0,63) Mode centré sur la tâche (0,63)</i>	<i>Mode centré sur la tâche (0,91)</i>	<i>Mode centré sur la tâche (0,59) Mode centré sur l'émotion : (0,50)</i>	<i>Mode centré sur la tâche (0,71)</i>	<i>Mode centré sur la tâche (0,73) Mode centré sur l'évitement (0,70)</i>
MCQ-30	Score global	0,53	0,63	0,64	0,61	0,65
	Confiance cognitive	0,42	0,25	0,46	0,38	0,63
	Croyances positives	0,50	0,71	0,46	0,67	0,58
	Auto conscience cognitive	0,79	1	0,83	0,92	0,79
	Incontrôlabilité et danger	0,46	0,38	0,83	0,38	0,54
	Besoin de contrôler ses pensées	0,46	0,83	0,63	0,71	0,71
URICA		<i>Maintien</i>	<i>Contemplation</i>	<i>Action</i>	<i>Contemplation</i>	<i>Action</i>
BMQ	Score global	0,60	0,56	0,70	0,76	0,63
	Score relatif aux échelles spécifiques	0,55	0,25	0,25	0,28	0,53
Opinion sur les attitudes du médecin (APMG)		0,75	0,80	0,58	0,55	0,69

Insight Q-8	<i>0,88</i>	<i>0,36</i>	<i>0,38</i>	<i>0,30</i>	<i>0,69</i>
DAST-20	<i>Problèmes possiblement substantiels</i>	<i>Niveau peu élevé de problèmes</i>	<i>Problème possible modéré</i>	<i>Niveau peu élevé de problèmes</i>	<i>Problèmes possiblement substantiels</i>
AUDIT	<i>Consomma- tion à risque possible</i>	<i>Faible risque probable</i>	<i>Présence possible d'une dépendance</i>	<i>Faible risque probable</i>	<i>Consomma- tion à risque possible</i>
Soutien social	<i>Pauvre</i>	<i>Acceptable</i>	<i>Pauvre</i>	<i>Pauvre</i>	<i>Pauvre</i>
Symptomatologie active	<i>Symptôme négatifs présents</i>	<i>Symptôme positifs et négatifs présents</i>	<i>Symptôme positifs présents</i>	<i>Symptômes positifs et négatifs présents</i>	<i>Symptômes négatifs présents</i>

L'analyse des résultats concernant chaque sujet nous permet de mettre en lumière les facteurs associés à l'alliance pour chacun d'entre eux. Nous pouvons constater que les dimensions n'ont pas toutes le même rapport avec la qualité de l'alliance pour chacun des sujets. Il est possible de présumer que les différentes dimensions ont une influence les unes sur les autres et qu'il est par conséquent complexe d'évaluer le rôle qu'elles jouent individuellement sur la qualité de l'alliance thérapeutique. Cependant, il est possible de constater que la dimension ayant la corrélation positive la plus forte avec l'alliance soit l'attitude du clinicien. Plus l'attitude est positive, meilleure est l'alliance alors que quand l'attitude est plus négative, l'alliance tend à diminuer. De plus, les croyances relatives à la médication semblent jouer un rôle important quant à la qualité de l'alliance. Lorsque le score est élevé quant aux croyances relatives à la médication, la qualité de l'alliance semble diminuer.

Le tableau I des résultats obtenus permet d'illustrer les données à partir desquelles l'analyse a été effectuée. D'autre part, ce dernier nous permettra de faire une analyse comparative entre les résultats des différents sujets afin d'explorer et de formuler des conclusions sur les différentes dimensions de manière globale en comparant les divergences et les similitudes pour chacun des cas. La section suivante portera sur cette analyse comparative.

7. DISCUSSION

7.1. Facteurs associés à l'alliance thérapeutique

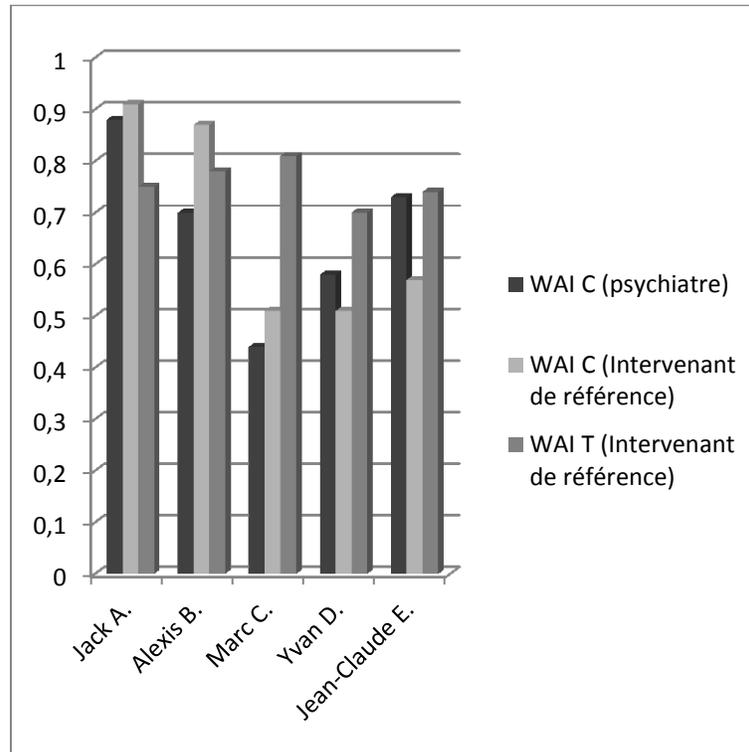
Tout d'abord, il s'avère important de faire état des résultats obtenus quant à l'alliance thérapeutique. Les données recueillies, qui sont illustrées dans le tableau II nous permettent de conclure que trois participants sur cinq ont établi une meilleure alliance avec leurs intervenants de l'Entre-Toit qu'avec leur psychiatre. Il est possible de formuler l'hypothèse que le cadre de travail avec les clients est différent en hébergement et que les approches utilisées peuvent comporter plus d'attitudes positives centrées sur le client. De plus, le fait de travailler avec les clients dans leur milieu de vie peut permettre d'offrir un traitement structuré et une cohérence quant aux objectifs à travailler, ce qui permet d'augmenter l'alliance (Lecomte et *al.*, 1999).

D'autre part, il appert que la perception de la qualité de l'alliance thérapeutique varie selon le point de vue de l'intervenant et du client. En effet, pour trois sujets, l'évaluation de l'alliance est meilleure par l'intervenant que par le sujet lui-même. Pour deux sujets, ce sont ces derniers qui ont une meilleure évaluation de l'alliance que leurs intervenants. Ce constat est cohérent avec les résultats obtenus dans la littérature existante indiquant que les patients évaluent plus favorablement l'alliance qu'ils ont avec leur thérapeute (Wittorf et *al.*, 2009). Par contre, pour les trois sujets ayant obtenu un meilleur score pour l'alliance de la part des intervenants, il s'avère que ces résultats ne concordent pas avec les résultats obtenus par les auteurs précités. Il est possible que l'opinion négative que ces trois patients ont de leur médecin, ayant obtenu des scores bas à l'APGM, se répercute aussi sur l'opinion qu'ils ont de leur intervenant, ce qui expliquerait qu'ils évaluent leur alliance comme étant de qualité inférieure.

Il est possible de constater d'importantes variations dans les résultats de l'évaluation de l'alliance thérapeutique pour les cinq sujets de l'étude. Dans la section suivante, nous nous attarderons à examiner les dimensions qui peuvent avoir une influence sur la

qualité de l’alliance thérapeutique afin de mieux définir et comprendre ces variations en fonction des sujets.

Tableau II : les résultats pour les 3 WAI mesurant l’alliance



7.1.1. Le mode de coping

Il est possible de constater, en fonction des résultats obtenus, que pour Jack et Alexis, leurs modes de coping considérés comme adéquats sont associés une alliance d’excellente à bonne qualité, en fonction de la forme du WAI. De plus, pour Yvan et Jean-Claude, qui ont aussi des modes de coping sains une relation, certes moins prononcée, entre leurs mécanismes pour faire face aux situations stressantes et la qualité de leur alliance peut être établie. De plus, on constate que pour Marc ayant recours au mode de coping centré sur l’émotion, qui est considéré comme moins adapté selon les résultats obtenus par Simonet et *al.*(2005), l’alliance thérapeutique est moins élevée. Ces résultats viennent appuyer la recherche de Ritsner et *al.*(2003), indiquant que les personnes ayant des troubles psychotiques ont une meilleure qualité de vie, donc un meilleur fonctionnement global. Il nous est possible de supposer que les modes

de coping considérés comme positifs pour les personnes ayant des troubles psychotiques ont une influence positive sur la qualité de l'alliance thérapeutique.

7.1.2. Les métacognitions

De manière générale, pour la majorité de l'échantillon, il s'avère que les sujets ayant davantage de métacognitions pathologiques ont une alliance moyenne moins élevée (voir tableau III). En effet, Pour Jack, Alexis et Yvan, la relation entre la qualité de leur alliance et l'importance de leurs métacognitions sont cohérentes. C'est-à-dire que si la qualité de l'alliance est moindre, les métacognitions seront davantage présentes et si l'alliance est de meilleure qualité, les métacognitions seront moins présentes. Ces résultats sont cohérents avec les résultats obtenus lors des recherches précédentes. En effet, les personnes ayant des troubles psychotiques et des métacognitions positives développent une alliance thérapeutique de meilleure qualité (Davis et *al.*, 2011). De plus, Morisson et *al.* (2003), indiquent que les métacognitions pathologiques contribuent à une symptomatologie plus élevée et à un pronostic plus sombre. Considérant les résultats obtenus, nous pouvons envisager que les métacognitions jouent un rôle sur l'alliance thérapeutique, mais nous ne pouvons dire dans quelle proportion.

7.1.3. Les croyances relatives à la médication

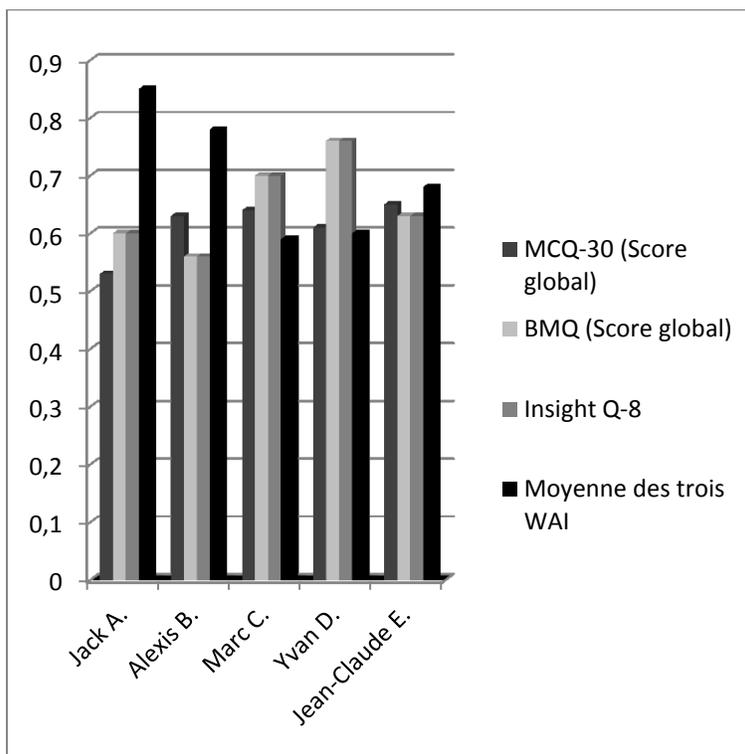
Les résultats obtenus nous permettent de conclure que plus les croyances négatives reliées à la médication sont élevées, plus la qualité de l'alliance thérapeutique s'en verra diminuer. En effet, pour quatre des cinq sujets de l'étude, soit Jack, Alexis, Marc et Yvon, il est possible de constater une relation inversée entre la qualité de l'alliance et les croyances relatives à la médication (voir tableau III). Jack et Alexis ont une moyenne d'alliance thérapeutique de bonne qualité et leurs croyances négatives concernant leur médication sont faibles. Pour Marc et Yvon, nous constatons le contraire, c'est-à-dire que la qualité de leur alliance thérapeutique est plus basse et leurs croyances négatives face à leur médication sont élevées. Pour Jean-Claude, il n'est pas possible d'en arriver à une conclusion, ce dernier ayant un score de 0,63 au BMQ et un score moyen de 0,68 au

WAI. Cela indique que son alliance est élevée malgré des croyances négatives élevées aussi. Pour l'ensemble de l'échantillon, il est possible de conclure que les croyances négatives quant à leur médication sont associées à la qualité de l'alliance thérapeutique qu'ils ont avec leur médecin et leur intervenant. Ces résultats sont cohérents avec les résultats obtenus dans d'autres recherches indiquant qu'une vision négative de la médication ou même un refus de prendre cette dernière est négativement corrélée avec l'observance au traitement (Santone et *al.*, 2008 et Yamada et *al.*, 2006, Coruble et *al.*, 2003). Aucune recherche ne met en relation directe les croyances face à la médication et l'alliance thérapeutique, mais les résultats obtenus dans cette étude permettent d'envisager que cette dimension joue un rôle dans la formation de l'alliance thérapeutique.

7.1.4. *L'insight*

En ce qui concerne l'insight, les résultats obtenus ne permettent pas d'affirmer la nature du lien qu'il a avec l'alliance thérapeutique. En effet, le lien semble davantage visible chez certains sujets que pour d'autres. Pour certains sujets, un insight élevé correspond à une meilleure alliance thérapeutique, alors que pour d'autres, l'insight s'avère élevé, mais la qualité de l'alliance est de moindre importance (voir tableau III). Il semblerait que d'autres facteurs entrent en interaction et notre méthodologie ne nous permet pas de bien cerner la relation que l'insight peut avoir sur l'alliance thérapeutique. Martin et *al.*(2013), indiquent que lorsque le patient reconnaît sa pathologie et est capable d'identifier ses symptômes, la création de l'alliance sera facilitée. Il est possible que ce soit le cas pour les sujets de notre échantillon, mais nous n'avons pas de résultats appuyant ou invalidant les résultats des autres recherches.

Tableau III : insight, croyance relatives à la médication, métacognitions et moyenne de l’alliance thérapeutique



7.1.5. Les stades de motivation aux changements

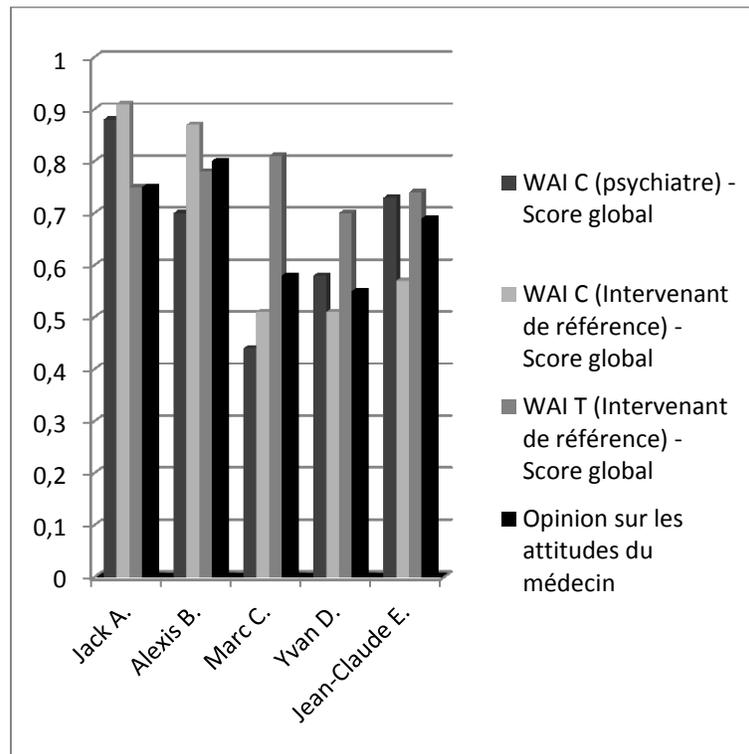
Le stade de motivation où se trouvent certains sujets semble lié à la qualité de l’alliance thérapeutique. En effet, Jack se trouve dans le maintien et la moyenne des résultats aux 3 WAI indique qu’il a une excellente alliance thérapeutique. D’autre part, Jean-Claude, qui est dans l’action quant à son stade de motivation obtient une moyenne des résultats aux 3 WAI permettant de dire qu’il possède une bonne alliance thérapeutique. D’autre part, Yvan est au stade de contemplation et son alliance est d’une qualité acceptable. Pour ces trois individus, il est possible de déduire qu’un stade de motivation au changement élevé implique une alliance de meilleure qualité et qu’une motivation au changement précaire implique une alliance de moindre qualité. Si le sujet est à un stade de motivation bas, et qu’il n’est pas dans l’action, il aura tendance à avoir une moins bonne alliance. Par contre, les résultats obtenus par Alexis ne vont pas dans ce sens. En

effet, ce dernier se trouve au stade de la contemplation et il a une bonne alliance. D'autre part, inversement, Marc est au stade de l'action et son alliance est qualifiée d'acceptable. Nous pouvons conclure que le stade de motivation peut avoir une influence sur l'alliance, mais pas nécessairement pour toutes les personnes souffrant de troubles psychotiques. Ici encore, il importe de prendre en considération tous les facteurs reliés au sujet et à ses thérapeutes. Cela nous permet d'envisager que les dimensions pouvant affecter l'alliance peuvent être inter reliées.

7.1.6. Les opinions sur les attitudes du médecin

De manière générale, les résultats obtenus nous permettent de conclure que la qualité de l'alliance thérapeutique des sujets avec leur psychiatre est corrélée avec l'opinion qu'ils ont des attitudes de ces derniers (Voir tableau IV). Nous pouvons dire que plus les psychiatres sont perçus comme adoptant des comportements respectueux, plus l'alliance sera de bonne qualité. De plus, lorsque les psychiatres prennent le temps de bien expliquer la maladie dont souffrent leurs clients, de leur fournir des renseignements quant à la médication et quant aux effets de cette dernière, l'alliance s'en verra fortifiée. Ces résultats sont cohérents avec les résultats d'autres recherches. Lambert et *al.*(1989). indiquent que les caractéristiques du thérapeute s'avèrent huit fois plus importantes que les techniques utilisées dans le cadre de la thérapie dans l'obtention de résultats positifs. D'autre part, Corruble et *al.* (2003) soulignent que les cliniciens qui se montrent rejetant, qui recherchent à contrôler la relation et qui ne sont pas spontanés ont davantage de difficultés à créer une alliance thérapeutique avec leurs patients. Il appert que les attitudes des médecins sont une dimension importante dans la création de l'alliance thérapeutique. Nous croyons aussi que ces attitudes ne se limitent pas uniquement aux psychiatres, mais qu'elles s'appliquent à tous les intervenants travaillant auprès des personnes ayant des troubles psychotiques.

Tableau IV : l’alliance et l’opinion sur les attitudes du médecin



7.1.7. La consommation de substances psychoactives

Il s’avère que les résultats obtenus quant à la consommation de drogue et d’alcool ne sont pas homogènes. En effet, il semble que l’impact d’une consommation active ou d’une abstinence sur l’alliance varie selon les sujets. Par exemple, Alexis B, qui a une bonne alliance n’a pas, par ailleurs de risque possible de consommation. Les résultats de ce sujet appuient le fait que la consommation peut nuire à l’alliance. Or, Jack A., pour sa part, a une excellente alliance, mais il présente une consommation d’alcool possiblement à risque, ainsi que des problèmes possiblement substantiels quant à sa consommation de drogue. Pour ce sujet, il semble que la consommation de substances psychoactives n’entrave pas la création d’une bonne alliance thérapeutique. Les résultats obtenus dans ce rapport ne nous permettent pas d’en arriver à des conclusions générales. Cependant, ils nous permettent d’affirmer que la consommation de substances psychoactives peut entraver la création de l’alliance chez certains sujets et

que ses effets sur l'alliance sont variables, en fonction d'autres caractéristiques des personnes ayant des troubles psychotiques.

7.1.7. Le soutien social

Les résultats obtenus quant au soutien social des sujets de notre étude démontrent que la majorité d'entre eux, c'est-à-dire quatre sujets sur cinq, ont un soutien social pauvre. Le dernier sujet a quant à lui un soutien social acceptable. Certains sujets ont d'excellentes alliances thérapeutiques et d'autres en ont de moins bonne qualité. Cependant, il nous est difficile de déterminer si la dimension du soutien social joue un rôle sur l'établissement de l'alliance thérapeutique. En effet, il nous est impossible de mesurer dans quelle mesure la présence ou l'absence de soutien influe sur la qualité de l'alliance. Notre méthodologie ne nous permet pas d'obtenir des résultats précis et concluants à ce niveau.

7.1.8. La symptomatologie

Pour les sujets présentant une symptomatologie positive active, il s'avère que deux d'entre eux ont une alliance thérapeutique qualifiée d'acceptable et un d'entre eux a une bonne alliance. D'autre part, sur les deux clients ne présentant pas de symptômes positifs, mais présentant des symptômes négatifs, un a une alliance thérapeutique excellente et le second a une bonne alliance. Ces résultats permettent de croire que la symptomatologie positive peut avoir un impact sur la qualité de l'alliance thérapeutique en diminuant cette dernière. Cela est cohérent avec la littérature existante. Charpentier et al.(2009) indiquent que des idées délirantes ainsi qu'un comportement désorganisé peuvent rendre davantage difficile la création de l'alliance thérapeutique. Cependant, il convient de nuancer l'impact que peut avoir la symptomatologie sur l'alliance et de ne pas généraliser ces résultats à toutes les personnes souffrant de troubles psychotiques.

7.2. Les limites de notre étude

Plusieurs limites peuvent être soulevées quant aux études de cas qui ont été effectuées. Tout d'abord, la taille de l'échantillon étant de cinq sujets, il s'avère impossible de

généraliser les résultats obtenus. D'autre part, certains biais ont pu être introduits dans les réponses données par les participants aux différents questionnaires et entretiens. En effet, étant donné que nous avons aussi un rôle de stagiaire et intervenions au quotidien auprès d'eux, il est possible que les participants n'aient pas été à l'aise de nous donner certaines réponses. De plus, il est possible que certaines réponses données aient été faussées par l'aspect de la désirabilité sociale.

Une autre limite que nous considérons considérable, est celle d'avoir été dans l'incapacité d'obtenir la participation des psychiatres des patients afin que ces derniers puissent compléter le WAI T pour mesurer leur perception de l'alliance thérapeutique avec leurs patients. De plus, il aurait été pertinent que les psychiatres, s'ils avaient accepté de participer à notre projet, remplissent des grilles d'évaluation de la symptomatologie de leurs patients. Les résultats obtenus quant à cette dimension auraient été davantage étoffés et auraient pu nous conduire vers des résultats plus probants concernant le lien entre la symptomatologie et la qualité de l'alliance thérapeutique.

8. CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

Il importe ici de rappeler nos objectifs de départ. Tout d'abord, l'objectif principal de notre étude est de comprendre les facteurs qui favorisent ou qui entravent la création de l'alliance thérapeutique avec des patients atteints de troubles psychotiques et ayant des antécédents d'actes violents.

D'autre part, nous avons formulé quatre objectifs spécifiques, à savoir : a) déterminer les caractéristiques liées aux patients et à leur maladie qui favorisent la création et le maintien de l'alliance; b) déterminer les caractéristiques liées à l'équipe soignante et au contexte qui favorisent la création et le maintien de l'alliance; c) dégager les entraves rencontrées par les patients et les professionnels dans la création de l'alliance thérapeutique et d) dégager des pistes d'intervention afin d'augmenter l'alliance thérapeutique dans le but d'optimiser l'adhésion au plan de traitement des patients.

Les résultats obtenus grâce à nos études de cas permettent partiellement de répondre à nos objectifs de base. Tout d'abord, il appert que les facteurs liés à l'alliance thérapeutique sont variés et qu'ils ne semblent pas avoir un effet unique. En effet, les facteurs semblent être en interrelation les uns avec les autres. Ce rapport permet une exploration de l'interaction des différents facteurs avec l'alliance thérapeutique et il nous appert important que d'autres recherches plus spécifiques soient menées afin d'avoir une meilleure compréhension de l'interaction entre les dimensions elles-mêmes et avec l'alliance thérapeutique.

Il est possible de constater que les facteurs liés à l'alliance thérapeutique peuvent aussi être liés à l'observance au traitement. Nous pouvons émettre l'hypothèse que la création de l'alliance thérapeutique fait partie d'un processus dans le plan de traitement proposé aux patients dans lequel l'observance s'inscrit aussi et que les facteurs associés à ces deux concepts se recoupent. Il ne semble pas y avoir de recette miracle afin d'obtenir l'alliance thérapeutique optimale. Cependant, ce rapport a permis de dégager

des éléments auxquels les professionnels doivent porter attention et sur lesquels ils peuvent avoir une certaine emprise afin de faciliter la création de l'alliance thérapeutique avec les personnes ayant des troubles psychotiques. Nous formulerons certaines recommandations en fonction des éléments mis en lumière dans l'analyse des données et la discussion.

Dans un premier temps, il appert important que les professionnels œuvrant auprès des personnes ayant des troubles psychotiques soient conscients de leurs attitudes envers ces personnes. Afin d'obtenir une bonne alliance, il est souhaitable que les professionnels portent attention à se montrer respectueux et à prendre en considération l'opinion de l'autre. De plus, une importance particulière doit être accordée au souci de bien informer le patient de son diagnostic et des symptômes qui y sont associés. Chacun doit s'efforcer de prendre en considération les craintes des personnes ayant des troubles psychotiques et se montrer empathique.

D'autre part, certains facteurs liés à l'alliance relèvent du patient en lui-même. Tout d'abord, nous retrouvons les modes de coping et les métacognitions pathologiques. Il est de l'intérêt des praticiens de mettre en place des interventions visant à permettre aux individus de développer des modes de coping sains, orienté vers des solutions aux situations stressantes, et de modifier ou d'atténuer leurs métacognitions qui sont néfastes. Ceci requiert un cadre de thérapie clair avec des objectifs précis.

D'autre part, l'insight des patients peut influencer la qualité de l'alliance. Il s'avère pertinent pour les professionnels de faire une évaluation de la qualité de l'insight de leur patient et de tenter de faire augmenter la conscience du trouble chez les sujets.

En ce qui concerne la consommation de substances psychoactives, il appert que cette dernière n'influe pas nécessairement sur l'alliance. Or, elle peut être néfaste pour les personnes souffrant de troubles psychotiques. Il serait souhaitable que les professionnels travaillent avec l'approche de l'entretien motivationnel afin de susciter le désir de changement chez leurs clients, ce qui pourrait avoir des effets sur la conscience

de la problématique de leur consommation, mais aussi sur l'importance d'observer leur traitement compte tenu des effets néfastes de leur maladie sur eux.

Nous considérons que les professionnels doivent avoir à cœur la relation thérapeutique qu'ils ont avec leurs clients et accepter que cette relation soit bidirectionnelle. S'ils souhaitent obtenir de bons résultats thérapeutiques, l'alliance de travail s'avère un levier important pour atteindre leurs objectifs. Cependant, la création et le maintien de cette alliance passent nécessairement par la prise en compte de leur client et par le souci d'évaluer sur quels facteurs ils peuvent travailler afin d'augmenter l'alliance.

Finalement, malgré que la relation entre le soutien social et l'alliance n'ait pas pu être cernée concrètement, il semble important d'apporter une attention à cette dimension. Il est important pour les cliniciens de travailler à développer une alliance avec les personnes qui soutiennent leurs clients. De plus, il semble adéquat que les cliniciens encouragent leurs clients à se construire un réseau social de qualité.

En guise de conclusion, l'alliance thérapeutique semble être essentielle afin d'emmener les patients vers une observance de leur traitement et vers un rétablissement. D'autres facteurs entrent aussi en compte, mais une attention particulière et un souci quant à la qualité de cette alliance pourront faciliter le travail thérapeutique et emmener les personnes souffrant de troubles psychotiques vers une meilleure qualité de vie. De plus, le risque de décompensation se verra diminué et la dangerosité des personnes psychotiques ayant commis des actes violents aussi par le fait même. Il serait souhaitable que la recherche à ce niveau se développe davantage, car elle demeure encore embryonnaire et ne permet pas de comprendre tous les mécanismes et les composantes qui interviennent dans la création de l'alliance thérapeutique.

Références

- Allen, J. P., R. Z. Litten, J. B. Fertig and T. Babor (1997). *A Review of Research on the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT)*. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research* 21(4): 613-619.
- Alvin, P. *L'adolescent et sa "compliance" au traitement* (2004). *Enfances et Psy*, 1, No.25 : 46-51.
- American Psychiatric Association. (2004) *Mini DSM-IV-TR. Critères Diagnostiques* (Washington DC, 2000). Traduction française par J-D. Guelfi et al., Masson, Paris, 384 pages.
- Andreasen, N. (1982) *Negative Symptoms in Schizophrenia*. *Arch Gen Psychiatry*, Vol 39:784-788.
- Andreasen, N.C. (2007) *Scale for the Assessment of Positive Symptoms* Psychiatric University Hospital Zurich, Division of Clinical Psychiatry.
- Andreasen, N.C. (2007) *Scale for the Assessment of Negative Symptoms* Psychiatric University Hospital Zurich, Division of Clinical Psychiatry.
- Arango, C. , Barba, A.C., Gonzalez-Salvador, T. et Calcedoo Ordorez, A. (1999) *Violence in patients with schizophrenia*. *APA Journal*, Vol.25, No. 3: 493-503.
- Arsenault L., Moffitt T.E., Caspi A., Taylor P.J., Silva P.A. (2000) *"Mental disorders and violence in a total birth cohort. Results from the Dunedin study"*. *Arch Gen Psychiatry*, 57 : 979-986.
- Baillargeon, P., Pinsof, W.M. et Leduc, A. (2005) *L'alliance thérapeutique : la création et la progression du lien*. *Revue européenne de psychologie appliquée* 55 225-234.
- Baillargeon, P., Pinsof, W-M. et Leduc, A. (2005). *Modèle systémique de l'alliance thérapeutique*. *Revue européenne de psychologie appliquée* 55 137-143.
- Barbès-Morin, G. and P. Lalonde (2006). *La réadaptation psychiatrique du schizophrène*. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique* 164(6): 529-536.
- Baumann, M., C. Baumann, C. Aubry and F. Alla (2005). *Echelle des attitudes professionnelles des médecins généralistes et des pharmaciens d'officine favorisant l'observance thérapeutique*. *Revue médicale de l'assurance maladie* 36(1).
- Belli, H., Ozcetin, A., Ertem, U., Tuyluoglu, E., Namli, M., Bayik, Y., et al. (2010). *Perpetrators of homicide with schizophrenia : sociodemographic characteristics and clinical factors in the eastern region of Turkey*. *Comparative psychiatry*, 51(2), 135-141.

Bénézech, M., Le Bihan, P. & Bourgeois, M.L. (2002) *Criminologie et psychiatrie*. Encyclopédie Médico-Chirurgicale 37.906-A-10, p. 1-15.

Bénézech, M., Le Bihan, P., Chapenoire, S. & Bourgeois, M.-L. (2008). *Réflexions sur la fréquence, l'organisation et les facteurs prédictifs des homicides psychotiques : à propos de trois observations avec mutilation corporelle*. Annales Médico-Psychologiques, 166, p. 558-568.

Bensasson, G. (2013). *Comportement d'observance et autonomie des patients en psychiatrie*. L'évolution psychiatrique, 78 : 142-153.

Bensasson, G., Vassal, L., Linard, F. et Mnif, S. (2011). *Le comportement d'observance des patients atteints de schizophrénie : impact du diagnostic et du traitement. Analyse phénoménologique de trois attitudes*. L'évolution psychiatrique 76 641-657.

Bergeron, J., Landry, M., Brochu, S., Cournoyer, L-G. *Les déterminants de la persévérance de clients dans le traitement de réadaptation pour l'alcoolisme et la toxicomanie : Une approche multidimensionnelle* (1997). Rapport d'une recherche subventionnée par le Conseil québécois de la recherche sociale (#RS 2308-093) 99 pages.

Bioy, A. et Bachelart, M..(2010). *L'alliance thérapeutique : historique, recherches et perspectives cliniques*. Perspectives Psy, 2010/4 Vol.49, 317-326.

Blondeau, C., Nicole, L. et Lalonde, P. (2006). *Schizophrénie et réadaptation, Interventions spécifiques selon les phases de la maladie*. Annales Médico Psychologiques 164. 869-876.

Bordin, E.-S. (1979). *The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance*. Psychotherapy: theory, research and practice, 16, 252-260.

Bouchard, J.-P. & Bachelier, A.-S. (2004). *Schizophrénie et double parricide : à propos d'une observation clinique*. Annales Médico Psychologiques, 162, p. 626-633.

Bouquinet, E., Balestra, J., Bismuth, E., Bruna, A.-L., Gallet, S., Harvet, G., Jean, S., Jousset, C. *Maladie chronique et enfance : image du corps, enjeux psychiques et alliance thérapeutique* (2008). Archives de psychiatrie, Vol.5 (4) : 462-468.

Bourgeois, M.L., Koleck, M. et Jais, E. (2002) *Validation de l'échelle d'insight Q8 et évaluation de la maladie chez 121 patients hospitalisés en psychiatrie*. Annales Médico Psychologiques, 160 : 512-517.

Brabender, V., Falloon, A. (1993). *Models of Inclient Group Psychotherapy*, Washington, D.C., American Psychological Association Press.

Buchanan A. (1996). *Compliance with treatment in schizophrenia*. Maudsley Monographs. East Sussex: Psychology Press, 96 pages.

Castro, D. , Zoute, C. et Le Rohellec, J. (2004). *Adhésion au traitement prescrit et traits de personnalité dans une population de patients atteints de schizophrénie*. Annales Médico Psychologiques. 162 : 262-270.

Charpentier, A., Goudemand, M. et Thomas, P. (2009). *L'alliance thérapeutique, un enjeu dans la schizophrénie*. L'Encéphale 35, 80-89.

Corruble E. et Hardy, P. (2003) *Observance du traitement en psychiatrie*. Encycl Méd Chir (Éditions Scientifiques et Médicales Elsevier SAS, Paris). Psychiatrie 3-860-A-60, 6p.

Davis, L.W., Lysaker, P.K. *Therapeutic alliance and improvements in work performance over time in patients with schizophrenia* (2007). Journal of Nervous and Mental Disease, 195(4): 353-357

Davis, L.W., Eicher, A.C., Lyaker, P.H. *Metacognition as a predictor of therapeutic alliance over weeks of psychotherapy in schizophrenia* (2011) Schizophrenia Research, 129(1), 85-90.

Despland, J.-N. De Roten, Y., Martinez, E., Plancherel, A.-C. et Solai, S. (2000) *L'alliance thérapeutique : un concept empirique*. Revue Médicale Suisse, No 685. 1-6.

Dubreucq, J.L, Joyal, C., & Millaud, F. (2005). *Risque de violence et troubles mentaux graves*. Annales Médico Psychologiques, 163(10), 852-65.

Endler, N.S and Parker J.D.A. (1990). *Coping Inventory for Stressfull Situations (CISS)*. Manual. Toronto: Multi-Health Systems Inc.

Erb, M., Hodgins, S., Freese, R., Muller-Isberner, R., & Jockel, D. (2001). *Homicide and schizophrenia: maybe treatment does have a preventive effect*. Crim Behav Ment Health, 11(1), 6-26.

Fenton, W. S., C. R. Blyler and R. K. Heinssen. (1997). *Determinants of medication compliance in schizophrenia: Empirical and clinical findings*. Schizophrenia Bulletin 23(4): 637-651.

Flavell JH. (1976) *Metacognitive aspects of problem solving. The nature of intelligence*. Hillsdale: Erlbaum: 231-236.

Franck, A.F., et Gunderson, J.G. (1990). *The role of the therapeutic alliance in the treatment of schizophrenia : Relationship to course and outcome*. Archives of General Psychiatry, 47:228-236.

Gabrion, F.(2011). *L'observance du traitement psychosocial chez des détenus fédéraux présentant un double diagnostic de schizophrénie et de trouble de la personnalité antisociale*. Mémoire Faculté des arts et des sciences, École de criminologie, Université de Montréal : 1-136.

Gaston, L., Marmar, C.R., Calaghes, D. et Thompson, L.W. (1991) , *Alliance prediction of outcome beyon in-treatment symptomatic change as psychothrapy process*, *Psychotherapy Research*, 1, 104-113.

Gheorghiev, C., Raffray, P., Montleau, F. *Dangerosité et maladie mentale* (2008). *L'information psychiatrique*, Vol. 84 : 941-947.

Haddad, P.M., Brain, C., Scott, J. Nonadherence with antipsychotic medication in schizophrenia: challenges and management strategies (2014). *Patient related outcome measures* 4:5 : 43-62.

Hardy-Baylé, MF. (2000). *Le pronostic social peut être amélioré par une meilleure observance*. *Les actualités en psychiatrie*, 17 : 290-293.

Heresco-Levy, U. , Ermilov, M. , Giltsinsky, B. , Lichtenstein, M. et Blander D. *Treatment-Resistant Schizophrenia and Staff Rejection*. (1999) *Schizophrenia Bulletin* 25 (3): 457-465.

Hewitt, J. , Coffey, M. *Therapeutic working relationships with people with schizophrenia: literature review*. *Journal of advanced nursing*, 52(5): 561-570.

Hodgins, S. *Antipsychotics, mood stabilisers, and reductions in violence* (2014). *The lancet*, Vol.384: 1167-1168.

Horne, R. , Weinman, J. et Hankins, M. (1999). *The beliefs about medicines questionnaire: The development and evaluation of a new method for assessing the cognitive representation of medication*. *Psychology and Healt*, 14:1, 1-24.

Horne, R. et Weinman, J. (1999). *Patient's beliefs about prescribed medicines and their role in adherence to treatment in chronic physical illness*. *Journal of Psychosomatic Research*, Vol.47, No.6: 555-567.

Horvath, A.O. and Greenberg L.S. (1989). *Development and validation of the Working Alliance Inventory*. *US, American Psychological Association*. 36: 223-233.

Hunt, E., Côté, G. (2009). *Le rôle du soutien social dans la prédiction de la violence chez les personnes atteintes de troubles mentaux graves*. *L'évolution psychiatrique*, 74 : 592-605.

Jaafari, N., Markova, I., pour insight Study Group. (2011). *Le concept de l'insight en psychiatrie*. *Annales Médico-Psychologiques* 169 409-415.

Johnson, D. P., D. L. Penn, D. J. Bauer, P. Meyer and E. Evans (2008). *Predictors of the therapeutic alliance in group therapy for individuals with treatment-resistant auditory hallucinations*. *British Journal of Clinical Psychology* 47(2): 171-183.

Jonsdottir, H. , Friis, S. , Horne, R. , Pettersen, K.I., Reikvam, A. et Andreassen, O.A. (2008). *Beliefs about medications: measurement and relationship to adherence in patients with severe mental disorders*. Acta Psychiatrica Scandinavia, 119: 78-84.

Joyal, C.C. (2005). *Schizophrénie et violence : mise à jour des connaissances et spécification des motifs et circonstances associés*. Psychiatrie et violence, p. 5-9.

Joyal, C.C., Côté, G., Meloche, J., Hodgins, S. *Severe mental illness and aggressive behavior : on the importance of considering subgroups* (2011). International journal of forensic mental health, 10:2 : 107-117.

Keers, R., Ullrich, S., DeStavola, B.L., Coid, J.W. *Association of Violence With Emergence of Persecutory Delusions in Untreated Schizophrenia* (2014). Am J Psychiatry, 171: 332-339.

Lagueux, F. ,Wright J, et Tourigny, M. (1999) *Mise sur pied d'un protocole d'évaluation dans le cadre de l'étude :évaluation d'un programme de traitement pour adolescents agresseurs sexuels*. Document inédit, Montréal : Université de Montréal.

Lambert, M.J. (1989). *The individual therapist's contribution to psychotherapy process and outcome* (Special Issue: Psychotherapy process research), Clinical Psychology Review,, 9, 4, 469-485.

Lambert, M.J., Bergin, A.E., (1994), *The effectiveness of psychotherapy*, in Bergin A.E., Garfield, S.L., eds., Handbook of Psychotherapy and Behavior Change, New-York, Wiley.

Langevin, V. , Boini, S., François, M. et Riou, A. (2012). *Risques psychosociaux : outils d'évaluation. Coping Inventory for Stressful Situations (CISS)*. Référence en santé au travail. No 132 : 97-99.

Large, M., & Nielssen, O. (2008). *Evidence for a relationship between the duration of untreated psychosis and the proportion of psychotic homicides prior to treatment*. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol., 43(1), 37-44.

Laroi, F. , Van der Linden, M. et d'Acremont, M. (2009) *Validity and reliability of a French Version of the Metacognitions Questionnaire in a Nonclinical Population*. Swiss Journal of Psychology, 68 (3):125-132

Lazignac, C., Damsa, C., Cailhol, L., Andreoli, A., Pichene, C. et Moro, M.-R. (2005). *Facteurs sociodémographiques et construction de l'alliance thérapeutique aux urgences psychiatriques*. Annales Médico Psychologiques, 163 53-57.

Lecomte C., et Lecomte T. (1999). *Au-delà et en deça des techniques cognitives comportementales dans le traitement des troubles graves : les facteurs communs*. Santé mentale au Québec, vol.24, no1. 19-38

Léveillé, S., Lefebvre, J. & Vaillancourt, J.-P. (2010). *Parricide commis par des hommes adultes : variables descriptives et motivations sous-jacentes au passage à l'acte*. L'évolution psychiatrique, 75, p. 77-91.

Linden, M. et al. (2001). *Étude prospective sur deux ans des facteurs d'observance au traitement neuroleptique par des patients schizophrènes*. Schizophrenia Bulletin, 27 : 4

Llorca, P.M. (2012). *La schizophrénie*. Encyclopédie Orphanet. 1-10.

Luborsky, L., Barber, J., Siqueland, L., Johnson S, Najavits LM, Franck A et al. (1996). *The revised helping alliance questionnaire (HAQII)*. J Psychother Pract Res, 5, 260-271.

Lysaker, P. H., G. Dimaggio, K. D. Buck, S. S. Callaway, G. Salvatore, A. Carcione, G. Nicolò and G. Stanghellini (2011). *Poor insight in schizophrenia: links between different forms of metacognition with awareness of symptoms, treatment need, and consequences of illness*. Comprehensive Psychiatry 52(3): 253-260.

Lysaker, P. H., L. W. Davis, K. D. Buck, S. Outcalt and J. M. Ringer (2011). *Negative symptoms and poor insight as predictors of the similarity between client and therapist ratings of therapeutic alliance in cognitive behavior therapy for patients with schizophrenia*. Journal of Nervous and Mental Disease 199(3): 191-195.

Martin, B. et Franck, N. (2013) *Facteurs subjectifs et rétablissement dans la schizophrénie*. L'évolution psychiatrique. 78 21-40.

McCabe, R. and S. Priebe (2003). *Are therapeutic relationships in psychiatry explained by patients' symptoms? Factors influencing patient ratings*. European Psychiatry 18(5): 220-225.

Meehan, J., Flynn, S., Hunt, I.M., Robinson, J., Bickley, H., & Parsons, R. (2006). *Perpetrators of homicide with schizophrenia: a national clinical survey in England and Wales*. Psychiatr Serv, 57(11), 1648-51.

Mendez, L., Bouvet, C., Alegre, R., Vignaux, A., Wetzler, M. (2012) *Influence de l'alliance thérapeutique et de l'insight sur l'évolution des habiletés psychosociales- À propos de cinq cas cliniques*. Journal de thérapie comportementale et cognitive 22 . 136-143.

Misdrachi, D. , Llorca, P.M. , Lançon, C. et Baylé, J.F. (2002). *L'observance dans la schizophrénie : facteurs prédictifs, voies de recherche, implications thérapeutiques*. Encéphale, 28 (1) : 266-272.

Morrisson, A.P. et Wells, A. (2003). *A comparison of metacognitions in patients with hallucinations, delusions, panic disorder, and non-patient controls*. Behaviour Research and Therapy, 41: 251-256.

Nancy C. Andreasen. (1984). *SCALE FOR THE ASSESSMENT OF POSITIVE SYMPTOMS (SAPS)*, Department of Psychiatry College of Medicine The University of Iowa Iowa City, Iowa 52242.

Nielsens, O.B., Westmore, B.D., Large, M.M., & Hayes, R.A. (2007). *Homicide during psychotic illness in New South Wales between 1993 and 2002*. Med J Aust, 186(6), 301-4.

Padovani, R., Adida, M., Richieri, R., Lançon, C. *Troubles cognitifs et comportements violents chez les sujets souffrant de schizophrénie : revue de littérature* (2012). La revue de médecine légale, 3 : 165-169.

Räsänen, P., Tiihonen, J., Isohanni, M., Rantakallio, P., Lehtonen, J., & Moring, J. (1998). *Schizophrenia, alcohol abuse, and violent behavior: a 26-year followup study of an unselected birth cohort*. Schizophr Bull, 24(3), 437-41.

Richard-Devantoy, S., Duflot, J.-P., Chocard, A.-S., Lhuillier, J.-P., Garré, J.-B., & Senon, J.-L. (2009). *Homicide et schizophrénie : à propos de 14 cas de schizophrénie issus d'une série de 2010 dossiers d'expertises psychiatriques pénales pour homicide*. Annales Médico-Psychologiques, 167, p. 616-624.

Ritsner, M. , Ven-Avi, I. , Ponizovsky, A. , Timinsky, I., Bistrov, E. et Modai, I. (2003) *Quality of life and coping with schizophrenia symptoms*. Quality of Life Research,12:1-9.

Roten, Y., Michel, L., Peter, D. *Pour un dialogue entre recherche et clinique: une étude de cas autour de l'alliance thérapeutique* (2007). Psychothérapies, Vol. 27 : 37-45.

Rudnick, A., Martins, J. *Coping and Schizophrenia : A Re-analysis* (2009). Elsevier inc: 11-14.

Sachs, G.S. (2006). *A review of agitation in mental illness: burden of illness and underlying pathology*. J Clin Psychiatry, 67(10), 5-12.

Sandler J., Dare C., Holder A. (1973). *Le patient et le psychanalyste*. Paris, PUF, 1975.

Santone, G., Rucci, P., Lazaretto Muratori, M. , Monaci, A., Ciarafoni, C. et Borsetti, G. (2008). *Attitudes toward medication in inpatients with schizophrenia : a cluster analytic approach*. Psychiatry Research, 158: 324-334.

Senninger, J.L. *Notion de dangerosité et psychiatrie médico-légale* (2007). Encyclopédie Médico-Chirurgicale, Psychiatrie 37-510-A-10.

Simonet, M. and P. Brazo (2005). *Modèle cognitivocomportemental de la schizophrénie*. EMC - Psychiatrie 2(1): 62-80.

Skinner, H. (1982). *The Drug Abuse Screening Test*. Addictive Behaviors, 7: 363-371.

Smerud, P. E. and I. S. Rosenfarb. (2008). *The therapeutic alliance and family psychoeducation in the treatment of schizophrenia: An exploratory prospective change process study*. Journal of Consulting and Clinical Psychology 76(3): 505-510.

Swanson, J., Swartz, M., Estroff, S., Borum, R., Wagner, R., Hiday, V. *Psychiatric impairment, social contact, and violent behavior: evidence from a study of outpatient-committed persons with severe mental disorder* (1998). *Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 33: S86-S94.

Vandamme, M.-J. (2009). *Schizophrénie et violence : facteurs cliniques, infracliniques et sociaux*. *Annales Médico-Psychologiques*, 167, p. 629-637.

Volavka, J. *Comorbid Personality Disorder and Violent Behavior in Psychotic Patients* (2014). *Psychiatr Q*, 85: 65-78.

Wallace, C., Mullen, P., Burgess, P., Palmer, S., Ruschena, D., & Browne, C. (1998). *Serious criminal offending and mental disorder. Case linkage study*. *Br J Psychiatry*, 172,77-84

Wittorf, A., U. Jakobi, A. Bechdorf, B. Muller, G. Sartory, M. Wagner, G. Wiedemann, W. Wolwer, J. Herrlich, G. Buchkremer and S. Klingberg. (2009). *The influence of baseline symptoms and insight on the therapeutic alliance early in the treatment of schizophrenia*. *European Psychiatry* **24**(4): 259-267.

Weiss, K. A., T. E. Smith, J. W. Hull, A. Piper and J. D. Huppert (2002). *Predictors of risk of nonadherence in outpatients with schizophrenia and other psychotic disorders*. *Schizophrenia Bulletin* 28(2): 341-349.

Wells, A. and S. Cartwright-Hatton (2004). *A short form of the metacognitions questionnaire: properties of the MCQ-30*. *Behaviour Research and Therapy* 42(4): 385-396.

Yamada, K. , Watanabe, K. , Nemoto M. , et al. (2006) *Prediction of medication non compliance in outpatients with schizophrenia: 2-years follow-up study*. *Psychiatry Research*, 141: 61-69.

Yudko, E., O. Lozhkina and A. Fouts. (2007). *A comprehensive review of the psychometric properties of the Drug Abuse Screening Test*. *Journal of Substance Abuse Treatment* 32(2): 189-1

Annexes

Annexe I : Formulaire de consentement

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

Titre du projet : Facteurs associés à l’alliance thérapeutique chez les patients ayant des troubles psychotiques.

Stagiaire : Geneviève Cloutier, étudiante à la maîtrise, École de Criminologie, Université de Montréal.

Superviseur : Jeanne-Marie Allard, criminologue, Entre-Toit.

Directeur de recherche : Denis Lafortune, professeur agrégé, École de Criminologie, Université de Montréal.

A) RENSEIGNEMENTS AUX PARTICIPANTS

1. Objectifs de la recherche

Ce projet vise à mieux comprendre les facteurs qui ont une influence sur la qualité de l’alliance thérapeutique entre un patient et son thérapeute. L’alliance thérapeutique se définit comme le lien de confiance entre le patient et son thérapeute.

2. Participation à la recherche

Votre participation à ce projet consiste à accorder des entrevues à l’étudiante ainsi qu’à répondre à certains questionnaires. De plus, l’étudiante pourra consulter des renseignements consignés dans votre dossier de résident. Les entrevues seront enregistrées, avec votre autorisation, sur support audio afin d’en faciliter ensuite la transcription.

Les renseignements personnels que vous nous donnerez demeureront confidentiels. De plus, les données seront conservées dans un lieu sûr. Aucune information permettant de vous identifier d’une façon ou d’une autre ne sera publiée. Les enregistrements seront transcrits et seront détruits, ainsi que toute information personnelle, un an après la fin du projet. Seules les données ne permettant pas de vous identifier seront conservées après cette période.

3. Avantages et inconvénients

En participant à ce projet, vous pourrez contribuer à une meilleure compréhension des facteurs qui améliorent la création de l’alliance thérapeutique ainsi que les facteurs qui rendent cette dernière plus difficile. Il n’y a pas de risque particulier à participer à ce projet. Il est possible cependant que certaines questions puissent raviver des souvenirs liés à une expérience désagréable. Vous pourrez à tout moment refuser de répondre à une question ou même mettre fin à l’entrevue.

4. Droit de retrait

Votre participation à ce projet est entièrement volontaire et vous pouvez à tout moment vous retirer de la recherche sur simple avis verbal et sans devoir justifier votre décision. À votre demande, tous les renseignements qui vous concernent pourront aussi être détruits. Cependant, après le déclenchement du processus de rédaction du rapport de stage (où seules pourront être diffusées des informations ne permettant pas de vous identifier), il sera impossible de détruire les analyses et les résultats portant sur vos données.

B) CONSENTEMENT

J'ai pris connaissance des informations ci-dessus et je n'ai pas d'autres questions concernant ce projet ainsi que ma participation.

Je consens librement à prendre part à ce projet de stage et je sais que je peux me retirer en tout temps sans avoir à justifier ma décision.

Je consens à ce que les entrevues soient enregistrées : Oui Non

Signature : _____ Date : _____

Nom : _____ Prénom : _____

Je déclare avoir expliqué le but, la nature, les avantages et les inconvénients de l'étude et avoir répondu au meilleur de ma connaissance aux questions posées.

Signature de l'étudiante : _____ Date : _____
(ou de son représentant)

Nom : _____ Prénom : _____

Toute plainte relative à votre participation à ce projet peut être adressée à l'ombudsman de l'Université de Montréal au numéro de téléphone (514) 343-2100 ou à l'adresse courriel ombudsman@umontreal.ca (**l'ombudsman accepte les appels à frais virés**).

Annexe II : WAI forme T

Working Alliance Inventory (WAI)

Forme T

Vous trouverez ci-dessous des énoncés décrivant divers sentiments ou pensées qu'une personne peut avoir en regard de son ou sa client(e).

À la suite de chaque énoncé, vous trouverez cette échelle de sept choix de réponses :

1	2	3	4	5	6	7
Jamais	Rarement	De temps à autres	Quelquefois	Souvent	Très souvent	Toujours

Si l'énoncé décrit la façon dont vous vous sentez (ou pensez) *toujours*, encerclez le chiffre 7; si cela ne s'applique *jamais* à vous, encerclez le chiffre 1. Utilisez les chiffres entre le 1 et le 7 pour décrire les variations entre ces deux extrêmes.

Ce questionnaire est **CONFIDENTIEL**; ni votre client(e) ni le centre ne verront vos réponses.

Répondez le plus rapidement possible; vos premières impressions sont celles qui sont les plus intéressantes.

(S'IL-VOUS-PLAÎT, N'OUBLIEZ PAS DE RÉPONDRE À ***TOUS*** LES ITEMS)

Merci pour votre collaboration.

© France Gabrion (2009), adaptation de la traduction libre de Stéphane Bouchard (1997), inspirée de la version brève (12 items) de Bachelor et Salamé (1991)

Version originale anglaise développée par A. O. Horvath (1981,1984,1991) et Greenberg (1989); révision de Tracey et Kokotovic (1989).

Nom du (de la) thérapeute :

Nom du (de la) client(e) :

Date de passation : ____ / ____ / ____

JJ MM AAAA

		Jamais	Rarement	De temps à autres	Quelquefois	Souvent	Très souvent	Toujours
1	Je me sens inconfortable avec mon (ma) client(e).	1	2	3	4	5	6	7
2	Mon (ma) client(e) et moi, nous nous entendons sur les pas à entreprendre en vue d'améliorer sa situation.	1	2	3	4	5	6	7
3	Je m'inquiète à propos des résultats de la thérapie.	1	2	3	4	5	6	7
4	Mon (ma) client(e) et moi avons confiance que notre activité actuelle en thérapie est utile.	1	2	3	4	5	6	7
5	Je crois que je comprends très bien mon (ma) client(e).	1	2	3	4	5	6	7
6	Mon (ma) client(e) et moi avons une perception semblable de ses buts en thérapie.	1	2	3	4	5	6	7
7	Mon (ma) client(e) trouve que ce que nous faisons en thérapie est mêlant.	1	2	3	4	5	6	7
8	Je crois que mon (ma) client(e) m'aime bien.	1	2	3	4	5	6	7
9	Je ressens le besoin de clarifier le but de nos rencontres en thérapie.	1	2	3	4	5	6	7
10	Je ne suis pas tout à fait en accord avec mon (ma) client(e) à propos des buts de ces sessions de thérapie.	1	2	3	4	5	6	7
11	Je crois que le temps que mon (ma) client(e) et moi passons ensemble n'est pas utilisé efficacement.	1	2	3	4	5	6	7
12	J'ai des doutes sur ce que nous essayons de réaliser en thérapie.	1	2	3	4	5	6	7
13	Je suis clair(e) et explicite à propos de ce que sont les responsabilités de mon (ma) client(e) en thérapie.	1	2	3	4	5	6	7
14	Les objectifs actuels des rencontres de thérapie sont importants pour mon (ma) client(e).	1	2	3	4	5	6	7
15	Je trouve que ce que mon (ma) client(e) et moi faisons en thérapie n'est pas pertinent pour ses problèmes et ses préoccupations actuelles.	1	2	3	4	5	6	7
16	Je suis confiant(e) que ce que nous faisons en thérapie aidera mon (ma) client(e) à accomplir les changements qu'il (elle) désire.	1	2	3	4	5	6	7
17	Je suis sincèrement préoccupé(e) par le bien-être de mon (ma) client(e).	1	2	3	4	5	6	7
18	Je suis clair(e) sur ce que je m'attends que fasse mon (ma) client(e) lors des rencontres de thérapie.	1	2	3	4	5	6	7

19	Mon (ma) client(e) et moi, nous nous respectons mutuellement.	1	2	3	4	5	6	7
20	Je sens que je ne suis pas totalement honnête à propos de mes sentiments envers mon (ma) client(e).	1	2	3	4	5	6	7
21	J'ai confiance que je suis capable d'aider mon (ma) client(e).	1	2	3	4	5	6	7
22	Nous travaillons en vue d'atteindre des objectifs sur lesquels nous nous sommes entendu(e)s.	1	2	3	4	5	6	7
23	J'apprécie mon (ma) client(e) en tant que personne.	1	2	3	4	5	6	7
24	Nous nous entendons sur ce qui est important de travailler en thérapie.	1	2	3	4	5	6	7
25	Suite aux rencontres de thérapie, mon (ma) client(e) est en mesure de savoir comment il (elle) devrait changer.	1	2	3	4	5	6	7
26	Mon (ma) client(e) et moi avons développé une confiance mutuelle.	1	2	3	4	5	6	7
27	Mon (ma) client(e) et moi avons des opinions différentes quant à la nature réelle de ses problèmes.	1	2	3	4	5	6	7
28	Notre relation est importante pour mon (ma) client(e).	1	2	3	4	5	6	7
29	Mon (ma) client(e) manifeste la crainte que si il (elle) dit ou fait quelque chose d'incorrect, je vais cesser de travailler avec lui (elle).	1	2	3	4	5	6	7
30	Mon (ma) client(e) et moi collaborons afin d'établir les objectifs de ces rencontres de thérapie.	1	2	3	4	5	6	7
31	Mon (ma) client(e) est frustré(e) par ce que je lui demande de faire en thérapie.	1	2	3	4	5	6	7
32	Nous avons établi entre nous une bonne compréhension des types de changements qui seraient bons pour lui (elle).	1	2	3	4	5	6	7
33	Les choses que nous faisons en thérapie n'ont pas de sens aux yeux de mon (ma) client(e).	1	2	3	4	5	6	7
34	Mon (ma) client(e) ne sait pas à quoi s'attendre concernant les résultats de la thérapie.	1	2	3	4	5	6	7
35	Mon (ma) client(e) croit que la façon dont nous travaillons sur son (ses) problème(s) est correcte.	1	2	3	4	5	6	7
36	Je respecte mon (ma) client(e) même lorsqu'il (elle) fait des choses que je n'approuve pas.	1	2	3	4	5	6	7

Annexe III: WAI forme C

Inventaire de l'Alliance de Travail (IAT)

(*Working Alliance Inventory* (WAI))

Forme C

Vous trouverez ci-dessous des énoncés décrivant divers sentiments ou pensées qu'une personne peut avoir en regard de son ou sa thérapeute.

À la suite de chaque énoncé, vous trouverez cette échelle de sept choix de réponses :

1	2	3	4	5	6	7
Jamais	Rarement	De temps à autres	Quelquefois	Souvent	Très souvent	Toujours

Si l'énoncé décrit la façon dont vous vous sentez (ou pensez) *toujours*, encerclez le chiffre 7; si cela ne s'applique *jamais* à vous, encerclez le chiffre 1. Utilisez les chiffres entre le 1 et le 7 pour décrire les variations entre ces deux extrêmes.

Ce questionnaire est **CONFIDENTIEL**; ni votre thérapeute ni le centre ne verront vos réponses.

Répondez le plus rapidement possible; vos premières impressions sont celles qui sont les plus intéressantes.

(S'IL-VOUS-PLAÎT, N'OUBLIEZ PAS DE RÉPONDRE À ***TOUS*** LES ITEMS)

Merci pour votre collaboration

© France Gabrion (2009), adaptation de la traduction libre de Stéphane Bouchard (1997), inspirée de la version brève (12 items) de Bachelor et Salamé (1991)

Version originale anglaise développée par A. O. Horvath (1981,1984,1991) et Greenberg (1989); révision de Tracey et Kokotovic (1989).

Nom du client : _____

Nom du thérapeute : _____

Date de passation : ____ / ____ / ____
JJ MM AAAA

		Jamais	Rarement	De temps à autres	Quelquefois	Souvent	Très souvent	Toujours
1	Je me sens inconfortable avec mon (ma) thérapeute.	1	2	3	4	5	6	7
2	Mon (ma) thérapeute et moi, nous nous entendons sur ce que j'aurai à faire en thérapie en vue de m'aider à améliorer ma situation.	1	2	3	4	5	6	7
3	Je m'inquiète à propos des résultats de la thérapie.	1	2	3	4	5	6	7
4	Ce que je fais en thérapie me donne de nouvelles façons de voir mon problème.	1	2	3	4	5	6	7
5	Mon (ma) thérapeute et moi, nous nous entendons bien.	1	2	3	4	5	6	7
6	Mon (ma) thérapeute perçoit bien quels sont mes buts en thérapie.	1	2	3	4	5	6	7
7	Je trouve que ce que je fais en thérapie est mêlant.	1	2	3	4	5	6	7
8	Je crois que mon (ma) thérapeute m'aime bien.	1	2	3	4	5	6	7
9	J'aimerais que mon (ma) thérapeute et moi puissions clarifier le but de nos rencontres de thérapie.	1	2	3	4	5	6	7
10	Je ne suis pas en accord avec mon (ma) thérapeute à propos de ce que va m'apporter la thérapie.	1	2	3	4	5	6	7
11	Je crois que le temps que mon (ma) thérapeute et moi passons ensemble n'est pas utilisé efficacement.	1	2	3	4	5	6	7
12	Mon (ma) thérapeute ne comprend pas ce que j'essaie de réaliser en thérapie.	1	2	3	4	5	6	7
13	Mes responsabilités en thérapie sont claires.	1	2	3	4	5	6	7

14	Les objectifs des rencontres de thérapie sont importants pour moi.	1	2	3	4	5	6	7
15	Je trouve que ce que mon (ma) thérapeute et moi faisons en thérapie n'est pas pertinent pour mes problèmes.	1	2	3	4	5	6	7
16	Je sens que ce que je fais en thérapie va m'aider à accomplir les changements que je désire.	1	2	3	4	5	6	7
17	Je crois que mon (ma) thérapeute est vraiment préoccupé(e) par mon bien-être.	1	2	3	4	5	6	7
18	Ce que mon (ma) thérapeute attend de moi lors des rencontres de thérapie est clair.	1	2	3	4	5	6	7
19	Mon (ma) thérapeute et moi, nous nous respectons mutuellement.	1	2	3	4	5	6	7
20	Je sens que mon (ma) thérapeute n'est pas entièrement honnête à propos de ses sentiments envers moi.	1	2	3	4	5	6	7
21	J'ai confiance que mon (ma) thérapeute est capable de m'aider.	1	2	3	4	5	6	7
22	Mon (ma) thérapeute et moi travaillons en vue d'atteindre des objectifs sur lesquels nous nous sommes entendus.	1	2	3	4	5	6	7
23	Je sens que mon (ma) thérapeute m'apprécie.	1	2	3	4	5	6	7
24	Nous nous entendons sur ce qui est important pour moi de travailler en thérapie.	1	2	3	4	5	6	7
25	Suite aux rencontres de thérapie, ce que je dois faire pour changer est plus clair à mes yeux.	1	2	3	4	5	6	7
26	Mon (ma) thérapeute et moi avons confiance l'un dans l'autre.	1	2	3	4	5	6	7
27	Mon (ma) thérapeute et moi avons des opinions différentes quant à la nature de mes problèmes.	1	2	3	4	5	6	7
28	Ma relation avec mon (ma) thérapeute est très importante pour moi.	1	2	3	4	5	6	7

29	J'ai l'impression que si je dis ou fais quelque chose d'incorrect, mon (ma) thérapeute va me laisser tomber.	1	2	3	4	5	6	7
30	Mon (ma) thérapeute et moi collaborons afin d'établir les objectifs de ma thérapie.	1	2	3	4	5	6	7
31	Les choses que je fais en thérapie me frustrant.	1	2	3	4	5	6	7
32	Nous avons établi une bonne compréhension des changements qui seraient bons pour moi.	1	2	3	4	5	6	7
33	Les choses que mon (ma) thérapeute me demande n'ont pas de bon sens.	1	2	3	4	5	6	7
34	Je ne sais pas à quoi m'attendre concernant les résultats de ma thérapie.	1	2	3	4	5	6	7
35	Je crois que la façon dont nous travaillons sur mon problème est correcte.	1	2	3	4	5	6	7
36	Je sens que mon (ma) thérapeute s'occupe de moi et est préoccupé(e) par mon bien-être même lorsque je fais des choses qu'il (elle) n'approuve pas.	1	2	3	4	5	6	7

Annexe IV : CISS

Situations stressantes

Les énoncés suivants portent sur les façons dont les gens réagissent lors de différentes situations difficiles, stressantes ou dérangeantes. Pour chaque énoncé, cochez la case qui indique le mieux jusqu'à quel point vous êtes d'accord pour dire que vous faites ce genre d'activités quand vous vivez une situation difficile, stressante ou dérangeante.

Quand je vis une situation difficile, stressante ou dérangeante, j'ai tendance à :	Jamais	Parfois	Assez souvent	Souvent	Très souvent
1. Mieux planifier mon temps (mon horaire).					
2. Me centrer sur le problème et voir comment je peux le résoudre.					
3. Penser aux bons moments que j'ai eus.					
4. Essayer d'être avec les gens.					
5. Me reprocher de remettre à plus tard.					
6. Faire ce que je crois être le mieux.					
7. Frapper quelqu'un.					
8. Devenir préoccupé par mes maux et mes douleurs.					
9. Me reprocher pour m'être mis dans cette situation.					
10. Faire du lèche-vitrine-magasiner.					

Quand je vis une situation difficile, stressante ou dérangeante, j'ai tendance à :	Jamais	Parfois	Assez souvent	Souvent	Très souvent
11. Établir mes priorités.					
12. Essayer d'aller dormir.					
13. M'offrir ma collation (« snack ») préférée.					
14. Avoir des activités sexuelles avec quelqu'un.					
15. Me sentir anxieux et ne pas être capable de faire face à la situation.					
16. Devenir très tendu.					
17. Penser à la façon dont j'ai réglé des problèmes semblables.					
18. Me dire que ça ne m'arrive pas réellement.					
19. Me reprocher d'être trop émotionnel à propos de la situation.					
20. Sortir pour manger une collation (« snack ») ou un repas.					
21. Frapper quelque chose ou détruire des objets.					
22. Devenir très dérangé (irrité ou bouleversé).					
23. M'acheter quelque chose.					
24. Me faire un plan d'action et le suivre.					

Quand je vis une situation difficile, stressante ou dérangeante, j'ai tendance à :	Jamais	Parfois	Assez souvent	Souvent	Très souvent
25. Me reprocher de ne pas savoir quoi faire.					
26. Aller à un « party ».					
27. Travailler à comprendre la situation.					
28. Avoir des fantaisies, des idées de faire des activités sexuelles avec quelqu'un.					
29. « Figer » et ne pas savoir quoi faire.					
30. Faire des actions immédiatement pour corriger la situation.					
31. Penser à l'évènement et apprendre de mes erreurs.					
32. Souhaiter pouvoir changer ce qui est arrivé ou comment je me suis senti.					
33. Rendre visite à un ami.					
34. M'inquiéter à propos de ce que je dois faire.					
35. Avoir des fantaisies, des idées de frapper quelqu'un.					
36. Passer du temps avec une personne spéciale.					
37. Prendre une marche.					
38. Me dire que ça n'arrivera plus jamais.					

Quand je vis une situation difficile, stressante ou dérangeante, j'ai tendance à :	Jamais	Parfois	Assez souvent	Souvent	Très souvent
39. Me centrer (focuser) sur mes défauts et/ou incapacités en général.					
40. Parler à quelqu'un dont j'apprécie les conseils.					
41. Analyser mon problème avant de réagir.					
42. Me masturber.					
43. Téléphoner à un ami.					
44. Me fâcher.					
45. Ajuster mes priorités.					
46. Aller voir un film.					
47. Prendre le contrôle de la situation.					
48. Faire un effort supplémentaire pour que les choses se règlent.					
49. Faire quelque chose pour me blesser physiquement ou me faire mal.					
50. Arriver avec plusieurs solutions différentes pour le problème.					
51. Prendre un « break » et fuir la situation.					
52. Me défouler sur d'autres gens.					

Quand je vis une situation difficile, stressante ou dérangeante, j'ai tendance à :	Jamais	Parfois	Assez souvent	Souvent	Très souvent
53. Profiter de la situation pour prouver ce que je peux faire.					
54. Essayer d'être organisé pour que je sois au-dessus de la situation.					
55. Regarder la télévision.					
56. Regarder du matériel érotique ou pornographique (revues, vidéos, internet).					

Inspiré de la version originale de Endler, N.S. et Parker, J.D.A. (1990)

© Geneviève Cloutier, 2014

Annexe V : MCQ-30

MCQ-30

Pour chaque énoncé, cochez la case qui indique le mieux jusqu'à quel point vous êtes d'accord pour dire que l'énoncé correspond à ce que vous pensez et à ce que vous faites.

	En désaccord	Légèrement en accord	Modérément en accord	Fortement en accord
1. Le fait de m'inquiéter m'aide à éviter des problèmes qui pourraient survenir.				
2. Le fait de m'inquiéter est dangereux pour moi.				
3. Je réfléchis beaucoup à mes pensées.				
4. Le fait de m'inquiéter pourrait me rendre malade.				
5. Je suis conscient de la façon dont mon esprit fonctionne quand j'examine un problème en détail.				
6. Si je ne contrôle pas une pensée inquiétante et puis qu'elle arrive, je considérerais que c'est ma faute.				
7. J'ai besoin de me tracasser pour rester organisé.				
8. J'ai peu de confiance en ma mémoire pour les mots et pour les noms.				
9. Mes inquiétudes persistent, même si j'essaye de les arrêter.				
10. L'inquiétude m'aide à mettre de l'ordre dans ma tête.				
11. Je ne peux pas ignorer mes inquiétudes.				
12. Je garde le contrôle de mes pensées.				
13. Je devrais garder en permanence le contrôle sur mes pensées				
14. Ma mémoire peut parfois m'induire en erreur.				
15. Mon inquiétude pourrait me rendre fou.				
16. Je suis en permanence conscient de mes pensées.				
17. J'ai une mauvaise mémoire.				

	En désaccord	Légèrement en accord	Modérément en accord	Fortement en accord
18. Je prête beaucoup d'attention à la façon dont mon esprit fonctionne.				
19. L'inquiétude m'aide à m'adapter aux choses.				
20. Le fait de ne pas pouvoir contrôler mes pensées est un signe de faiblesse.				
21. Si je ne parvenais pas à contrôler mes pensées, je deviendrais fou.				
22. Je serai puni pour ne pas avoir contrôlé certaines de mes pensées.				
23. Le fait de m'inquiéter m'aide à résoudre les problèmes.				
24. J'ai peu confiance en ma mémoire pour les lieux.				
25. Ce n'est pas bien d'avoir certaines pensées.				
26. Je n'ai pas confiance en ma mémoire.				
27. Si je ne contrôlais pas mes pensées, je ne serais pas capable de fonctionner.				
28. Pour bien travailler, j'ai besoin de m'inquiéter.				
29. J'ai peu confiance en ma mémoire pour les actions.				
30. J'examine constamment mes pensées.				

Inspiré de la version originale de Cartwright-Hatton et Wells (1997)

© Geneviève Cloutier, 2014

Annexe VI : URICA

QUESTIONNAIRE SUR LES STADES DE MOTIVATION LORS D'UN TRAITEMENT :

(Prochaska et Di Clemente 1982)

(URICA)

Voici un questionnaire portant sur la façon dont vous percevez les problèmes qui vous ont amené à venir consulter. Lisez attentivement toutes les questions et répondez en encerclant le chiffre correspondant à votre situation. Il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses. Si vous avez des difficultés à comprendre, n'hésitez pas à demander à la personne responsable de la passation du questionnaire.

Échelle de réponse :

1=fortement en désaccord

2= moyennement en désaccord

3= neutre ou indécis

4= moyennement en accord

5= fortement en accord

- | | | | | | |
|--|---|---|---|---|---|
| 1- D'après moi, je n'ai aucun problème qui nécessite un changement. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 2- Je pense que je suis prêt à faire quelque chose pour m'améliorer. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 3- Je fais quelque chose au sujet des problèmes qui me dérangent. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 4- Ça vaudrait la peine de travailler sur mon problème. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 5- Ce n'est pas moi qui ai un problème; ça n'a pas de sens pour moi d'être ici. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 6- Ça m'inquiète de savoir que le problème que j'avais réglé pourrait revenir, alors je viens ici pour chercher de l'aide. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 7- Je travaille enfin sur mes problèmes. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 8- J'ai pensé à changer quelque chose à propos de moi-même. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

- | | | | | | |
|--|---|---|---|---|---|
| 9- J'ai réussi à travailler sur mon problème, mais je ne suis pas certain de pouvoir continuer à mettre les efforts par moi-même. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 10- Parfois, mon problème est difficile, mais je travaille dessus. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 11- C'est plutôt une perte de temps pour moi d'être ici, car le problème n'a rien à voir avec moi. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 12- J'espère qu'ici on va m'aider à mieux me comprendre. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 13- Je suppose que j'ai des défauts, mais il n'y a rien que j'aie vraiment besoin de changer. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 14- Je travaille vraiment fort pour changer. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 15- J'ai un problème et je pense vraiment que je devrais travailler dessus. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 16- Je n'ai pas persévéré aussi bien que je l'avais espéré dans les changements que j'ai faits, alors je suis ici pour éviter que mon problème revienne. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

- | | | | | | |
|--|---|---|---|---|---|
| 17- Même si je ne réussis pas toujours à changer avec succès, au moins je travaille sur mon problème. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 18- Je pensais qu'une fois que j'aurais réglé mon problème j'en serais débarrassé, mais parfois il m'arrive encore de me retrouver pris avec le même problème. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 19- J'aimerais avoir plus d'idées sur la façon de régler mon problème. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 20- J'ai commencé à travailler sur mes problèmes, mais j'aimerais avoir de l'aide. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 21- Peut-être qu'ici on va pouvoir m'aider. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 22- J'aurais besoin d'un coup de main en ce moment pour m'aider à maintenir les changements que j'ai déjà faits. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 23- J'ai peut-être une part de responsabilité dans le problème, mais je ne le pense pas vraiment. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 24- J'espère que quelqu'un ici va pouvoir me donner de bons conseils. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

- 25- N'importe qui peut parler de changer; moi je fais vraiment quelque chose à ce sujet. 1 2 3 4 5
- 26- C'est ennuyant ces discussions à propos de psychologie. Pourquoi les gens ne peuvent-ils pas juste oublier leurs problèmes? 1 2 3 4 5
- 27- Je suis ici pour éviter que mon problème revienne. 1 2 3 4 5
- 28- C'est frustrant, j'ai l'impression que mon problème pourrait revenir même si je croyais l'avoir réglé. 1 2 3 4 5
- 29- J'ai des soucis comme tout le monde. Pourquoi perdre du temps à y penser? 1 2 3 4 5
- 30- Je travaille activement sur mon problème. 1 2 3 4 5
- 31- Je préférerais m'accommoder de mes défauts plutôt que d'essayer de les changer. 1 2 3 4 5
- 32- Après tout ce que j'ai fait pour essayer de changer mon problème, ça revient encore m'obséder. 1 2 3 4 5

Annexe VII : BMQ

Votre opinion sur les bienfaits et les risques des médicaments psychotropes

Voici des opinions que donnent parfois les gens. Pour chacune des phrases, indiquez si vous partagez cette opinion en cochant la case qui s'applique le mieux.

	Tout à fait en désaccord	Plutôt en désaccord	Partagé	Plutôt d'accord	Tout à fait d'accord
1. Mes médicaments psychotropes m'empêchent d'aller plus mal					
2. Ma santé actuelle dépend de mes médicaments psychotropes					
3. Ma santé future dépend de mes médicaments psychotropes					
4. Sans médicament psychotrope, j'irais très mal					
5. Ma vie serait impossible sans mes médicaments psychotropes					
6. Je m'inquiète parfois des effets à long terme de mes médicaments psychotropes					
7. Mes médicaments psychotropes sont un mystère pour moi					
8. Je m'inquiète parfois de devenir trop dépendant de mes médicaments psychotropes					
9. Avoir à prendre des médicaments psychotropes m'inquiète					
10. Mes médicaments psychotropes dérangent ma vie					
11. Les médecins utilisent trop de médicaments psychotropes					

	Tout à fait en désaccord	Plutôt en désaccord	Partagé	Plutôt d'accord	Tout à fait d'accord
12. Si les médecins passaient plus de temps avec leurs patients, ils leur prescriraient moins de médicaments psychotropes					
13. Les médecins font trop confiance aux médicaments psychotropes					
14. Les produits naturels sont plus sécuritaires que les médicaments psychotropes					
15. La plupart des médicaments psychotropes rendent les gens dépendants					
16. Les gens qui prennent des médicaments psychotropes devraient cesser de les prendre de temps à autre					
17. Les médicaments psychotropes font plus de tort que de bien					
18. Tous les médicaments psychotropes sont du poison					

Inspiré de la version originale de Horne, Weinman et Hankins (1999)

© Geneviève Cloutier, 2014

Annexe VIII : Échelle des attitudes professionnelles des médecins généralistes

Nom du patient _____ Date _____

Votre opinion sur les attitudes de votre médecin

Voici une série de phrases portant sur les attitudes de votre médecin. Pour chacune des phrases, cochez la case qui correspond le mieux à ce que vous vivez. Il n'y a pas de bonne ou de mauvaise réponse.

	Jamais									Toujours
1. Mon médecin prend le temps de m'écouter										
2. Mon médecin fait le nécessaire pour gagner ma confiance										
3. Mon médecin m'explique à quoi sert le traitement										
4. Mon médecin tient compte de mes préférences pour la prescription (horaires, effets secondaires, etc)										
5. Mon médecin me donne l'impression qu'il me respecte										
6. Mon médecin m'informe sur les effets secondaires des médicaments										
7. Mon médecin insiste sur les médicaments importants										
8. Mon médecin parle avec moi des difficultés que j'ai à suivre le traitement										
9. Mon médecin m'explique les choses avec des mots simples										
10. Mon médecin me propose des nouveaux traitements										
11. Mon médecin écrit lisiblement sur l'ordonnance										
12. Mon médecin me laisse poser des questions										
13. Mon médecin me motive pour poursuivre mon traitement										
14. Mon médecin me donne des conseils de prévention (alimentation, activité sportive, etc.)										
15. Mon médecin me donne l'impression de connaître son métier										

Traduction libre de la version originale de Baumann et al, (2005)

Annexe IX : Insight Q-8

Échelle d'évaluation de la conscience du trouble mental, Questionnaire d'Insight Q-8

Nom du patient : _____ Date : _____

1. Pourquoi êtes-vous à l'Entre-Toit?

2. Avez-vous l'impression d'être malade?

3. De quelle maladie souffrez-vous?

4. À quoi votre maladie est-elle due?

5. Souffrez-vous psychiquement ou moralement?

6. Est-ce que vous êtes handicapé dans votre vie professionnelle, familiale ou sociale?

7. Qu'est-ce que votre équipe soignante et les intervenants de l'Entre-Toit peuvent faire pour vous?

8. Pensez-vous qu'une guérison est possible?

Traduction et adaptation libre de L'insight Q-8 (Bourgeois et *al.*, 2002)

©Geneviève Cloutier, 2014

Annexe X : DAST-20

QUESTIONNAIRE SUR LA CONSOMMATION DE DROGUES (DAST-20) (Drug Abuse Screening Test)

Nom: _____ Dossier: _____ Date: _____

Ce questionnaire évalue le **degré de sévérité de votre consommation de drogues**.
 Les questions suivantes portent sur votre consommation de drogues (sans inclure votre consommation d'alcool) **au cours des 12 derniers mois**. Lisez attentivement chaque question puis noircissez le carré approprié (Oui/Non). Les termes "abus de drogues" désigne soit 1) l'utilisation de médicaments sur ordonnance ou de médicaments en vente libre, excédant les directives soit 2) l'usage de drogues à des fins non-médicales. Les drogues en question se classent comme suit: le cannabis (comme marijuana et le haschich), les solvants, les tranquillisants (comme les Valium), les barbituriques, la cocaïne, les stimulants (comme les "speed"), les hallucinogènes (comme le LSD) ou les narcotiques (comme l'héroïne). Lisez attentivement chaque question en choisissant votre réponse «oui» ou «non», puis encerclez la réponse appropriée. Veuillez répondre à chaque question. Si certaines questions posent des difficultés, choisissez la réponse la plus appropriée. **Rappelez-vous que ces questions ne s'appliquent pas aux boissons alcoolisées.**

- | | | | | |
|--|--------------------------|-----|--------------------------|-----|
| 1. Avez-vous fait usage de drogues autres que les médicaments administrés?..... | <input type="checkbox"/> | Oui | <input type="checkbox"/> | Non |
| 2. Avez-vous fait un usage abusif de médicaments sur ordonnance?..... | <input type="checkbox"/> | Oui | <input type="checkbox"/> | Non |
| 3. Utilisez-vous plus d'une drogue à la fois..... | <input type="checkbox"/> | Oui | <input type="checkbox"/> | Non |
| 4. Pouvez-vous vous passer de drogues pendant une semaine complète?..... | <input type="checkbox"/> | Oui | <input type="checkbox"/> | Non |
| 5. Êtes-vous toujours capable d'arrêter d'utiliser des drogues ou des médicaments quand vous le voulez?..... | <input type="checkbox"/> | Oui | <input type="checkbox"/> | Non |
| 6. Avez-vous eu de brèves pertes de mémoire ("blackouts") ou des irruptions de souvenirs ("flashbacks") après avoir pris une drogue ou un médicament?..... | <input type="checkbox"/> | Oui | <input type="checkbox"/> | Non |
| 7. Votre consommation de drogues ou de médicaments suscite-t-elle un sentiment de culpabilité ou de malaise de votre part?..... | <input type="checkbox"/> | Oui | <input type="checkbox"/> | Non |
| 8. Vos parents ou votre conjoint se plaignent-ils de votre comportement vis-à-vis des drogues ou des médicaments?..... | <input type="checkbox"/> | Oui | <input type="checkbox"/> | Non |
| 9. Est-ce que l'abus de drogues ou de médicaments vous a causé des ennuis avec votre conjoint ou vos parents?..... | <input type="checkbox"/> | Oui | <input type="checkbox"/> | Non |
| 10. Avez-vous perdu des amis à cause de votre usage de drogues ou de médicaments?..... | <input type="checkbox"/> | Oui | <input type="checkbox"/> | Non |
| 11. Avez-vous négligé votre famille à cause de votre usage de drogues ou de médicaments..... | <input type="checkbox"/> | Oui | <input type="checkbox"/> | Non |
| 12. Avez-vous eu des ennuis au travail causés par l'abus de drogues ou de médicaments?..... | <input type="checkbox"/> | Oui | <input type="checkbox"/> | Non |
| 13. Avez-vous perdu un emploi à cause de l'usage de drogues ou de médicaments?..... | <input type="checkbox"/> | Oui | <input type="checkbox"/> | Non |
| 14. Vous êtes-vous battu(e) en étant sous l'influence de drogues ou de médicaments?..... | <input type="checkbox"/> | Oui | <input type="checkbox"/> | Non |
| 15. Vous êtes-vous engagé(e) dans des activités illégales dans le but d'obtenir des drogues ou des médicaments?..... | <input type="checkbox"/> | Oui | <input type="checkbox"/> | Non |
| 16. Avez-vous été arrêté(e) pour possession de drogues illégales?..... | <input type="checkbox"/> | Oui | <input type="checkbox"/> | Non |
| 17. Avez-vous éprouvé des symptômes de sevrage (vous êtes-vous senti malade) après avoir interrompu votre consommation de drogues ou de médicaments?..... | <input type="checkbox"/> | Oui | <input type="checkbox"/> | Non |
| 18. Avez-vous eu des problèmes médicaux suite à votre usage de drogues ou de médicaments (p.ex. pertes de mémoire, hépatite, convulsions, saignements, etc.)?..... | <input type="checkbox"/> | Oui | <input type="checkbox"/> | Non |
| 19. Avez-vous cherché de l'aide pour résoudre un problème de drogues ou de médicaments?..... | <input type="checkbox"/> | Oui | <input type="checkbox"/> | Non |
| 20. Avez-vous suivi un programme de traitement spécifiquement lié à l'usage de drogues ou de médicaments?..... | <input type="checkbox"/> | Oui | <input type="checkbox"/> | Non |

DAST-20/Total=

Annexe XI : AUDIT

AUDIT (Alcohol Use Disorder Identification Test)

Nom: _____ Dossier: _____ Date: _____

Ce questionnaire évalue le niveau de risque de votre consommation d'alcool.
Ce questionnaire interroge votre consommation d'alcool depuis les 12 derniers mois. Attention à ce que vos réponses reflètent cette unité de temps, et pas les dernières semaines.

Répondez à chaque question en encerclant la réponse correspondant le mieux à votre cas. Si certaines questions posent des difficultés, choisissez la réponse la plus appropriée. Si vous ne prenez jamais d'alcool, ne répondez qu'à la première question.

Une consommation standard (questions 2 et 3) équivaut à:

- 341 ml de bière (12 onces) ou
- 142 ml de vin (5 onces) ou
- 42,6 ml de spiritueux (1,5 onces).

Point :	0	1	2	3	4	0	résultat
1.	A quelle fréquence vous arrive-t-il de consommer des boissons contenant de l'alcool?						
	Jamais	Une fois par mois ou moins	Deux à quatre fois par mois	Deux à trois fois par semaine	Quatre fois ou plus par semaine		
2.	Combien de consommations standards buvez-vous au cours d'une journée ordinaire où vous buvez de l'alcool?						
	1 ou 2	3 ou 4	5 ou 6	De 7 à 9	10 ou plus		
3.	Au cours d'une même occasion, à quelle fréquence vous arrive-t-il de boire six consommations standards ou plus?						
	Jamais	Moins d'une fois par mois	Une fois par mois	Une fois par semaine	Chaque jour ou presque		
4.	Dans les 12 derniers mois, à quelle fréquence avez-vous observé que vous n'étiez plus capable de vous arrêter de boire après avoir commencé?						
	Jamais	Moins d'une fois par mois	Une fois par mois	Une fois par semaine	Chaque jour ou presque		
5.	Dans les 12 derniers mois, à quelle fréquence le fait d'avoir bu de l'alcool vous a-t-il empêché de faire ce qu'on attendait normalement de vous?						
	Jamais	Moins d'une fois par mois	Une fois par mois	Une fois par semaine	Chaque jour ou presque		
6.	Dans les 12 derniers mois, à quelle fréquence, après une période de forte consommation, avez-vous dû boire de l'alcool dès le matin pour vous remettre en forme?						
	Jamais	Moins d'une fois par mois	Une fois par mois	Une fois par semaine	Chaque jour ou presque		
7.	Dans les 12 derniers mois, à quelle fréquence avez-vous eu un sentiment de culpabilité ou de regret après avoir bu?						
	Jamais	Moins d'une fois par mois	Une fois par mois	Une fois par semaine	Chaque jour ou presque		
8.	Dans les 12 derniers mois, à quelle fréquence avez-vous été incapable de vous souvenir de ce qui s'était passé la nuit précédente parce que vous aviez bu?						
	Jamais	Moins d'une fois par mois	Une fois par mois	Une fois par semaine	Chaque jour ou presque		
9.	Vous êtes-vous blessé ou avez-vous blessé quelqu'un parce que vous aviez bu?						
	Non	Oui, mais pas dans les 12 derniers mois			Oui, au cours des 12 derniers mois		
10.	Est-ce qu'un ami ou médecin ou autre professionnel de la santé s'est déjà préoccupé de votre consommation d'alcool et vous a conseillé de la diminuer?						
	Non	Oui, mais pas dans les 12 derniers mois			Oui, au cours des 12 derniers mois		

AUDIT/Total=

Révisé le 28/08/2007

Tiré de: Gache, P. Michaud, P. Landry, U. Accietto, C. Arfaoui, S. Wenger, O. Daepfen, J.-B. (2005) The Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) as a Screening Tool for Excessive Drinking in Primary Care: Reliability and Validity of a French Version. Alcoholism: Clinical and Experimental Research, Vol. 29, novembre 2005, n° 2001-2007