

Université de Montréal

L'alliance thérapeutique en contexte d'intervention de groupe

Par
Marine Lautier

École de criminologie de l'université de Montréal
Faculté des arts et des sciences

Rapport de stage présentée à la Faculté des études supérieures
en vue de l'obtention du grade de maîtrise en criminologie option stage et intervention

Mai, 2019

© Marine Lautier, 2019

Université de Montréal
Faculté des études supérieures

Ce rapport intitulé :
L'alliance thérapeutique en contexte d'intervention de groupe ouvert

Présenté par :
Marine Lautier

A été évalué par un jury composé des personnes suivantes :

Louis-Georges Cournoyer
Directeur de recherche

Marion Vacheret
Membre du jury

Catherine Bourdon-Gill
Membre du jury

RÉSUMÉ

Dans la littérature de nombreuses études ont été menées sur l'alliance thérapeutique individuelle, notamment en raison de son impact positif sur le traitement (Martin, Garske, et Davis, 2000). Chez les personnes dépendantes qui affichent les taux d'abandon des traitements parmi les plus élevés, l'alliance est d'autant plus importante qu'elle permet l'engagement et le maintien de la personne dans le traitement (Cournoyer, Brochu, Landry, et Bergeron, 2007). Cependant, en contexte d'intervention de groupe la notion d'alliance thérapeutique a été moins étudiée et les études divergent en ce qui a trait à sa définition et son impact sur le traitement (Dion, 2000). L'intervention de groupe étant de plus en plus utilisée par les organismes en traitement de la dépendance, ce rapport s'intéresse alors à l'alliance thérapeutique de groupe (Wendt et Gone, 2018).

Le présent rapport a pour objectif premier de comprendre les différents concepts de l'alliance thérapeutique de groupe. Le second objectif, est de comprendre l'influence de l'alliance sur le cheminement des participants en thérapie de groupe. Pour finir, seront étudiés les facteurs permettant le développement ou affectant l'alliance thérapeutique au sein d'un groupe. Pour répondre à ces objectifs, des entrevues semi-dirigées ont été menées auprès de cinq participants (à un traitement de groupe au centre ASPA) et une intervenante du même centre. Cette analyse a permis de constater que le lien affectif entre les membres et le thérapeute est important lors de l'intervention en groupe. De plus, les relations entre les membres du groupe peuvent avoir des effets positifs sur l'issue du traitement, mais comportent également des limites. D'autre part, l'approche de l'organisme, la composition du groupe et les habiletés du thérapeute influencent notablement l'alliance de groupe. Compte tenu des constats qui ont été faits dans le présent rapport, certaines recommandations sont émises.

Mots-clés: alliance thérapeutique, alliance thérapeutique de groupe, cohésion, climat de groupe, intervention de groupe, groupe ouvert, toxicomanie

ABSTRACT

In the scientific literature, many studies had been led on the individual therapeutic alliance, mainly because of its positive impact on treatment (Martin, Garske, et Davis, 2000). The alliance is particularly important for drug addicts because it enables commitment and maintenance of the person in the treatment (Cournoyer, Brochu, Landry, et Bergeron, 2007). However, in the context of group intervention, the notion of the therapeutic alliance has been less studied, and the studies differ on the definition and the impact on the treatment (Dion, 2000). As organizations increasingly use the group intervention, this report focuses on the group therapeutic alliance (Wendt et Gone, 2018).

The first purpose of this report is to identify the different concepts of the group therapeutic alliance. The second objective is to understand the influence of the alliance on the process journey of the participants. Finally, the factors that make possible the development or affect the therapeutic alliance within a group will be studied. To achieve these objectives, semi-structured interviews were conducted with five participants (following group treatment at the ASPA center) and a social worker from the same center. This analysis revealed that the emotional connection between the members and the therapist is more important while a group intervention. Besides, the relationships between group members may have positive effects on treatment outcome, but also have limitations. Furthermore, the organization's approach, the group composition, and the therapist skills influence the group alliance. In the end, based on the findings of this report, some recommendations have been made.

Keywords: therapeutic alliance, group therapeutic alliance, cohesion, group climate, group intervention, open group, addiction

REMERCIEMENTS

Je tiens à remercier tout d'abord Louis-Georges Cournoyer pour ses conseils, son temps et pour la confiance et l'autonomie qui m'a été laissée tout au long de ce travail.

Je souhaite aussi remercier les participants à ce rapport, sans qui ce projet n'aurait pas pu exister. Un grand merci pour votre temps et pour le partage de votre expérience lors des entrevues. J'ai rencontré des personnes très courageuses qui n'ont pas hésité à me faire confiance.

J'aimerais également remercier tous les intervenants du centre ASPA qui m'ont soutenu, écouté et qui ont su partager leur savoir. Le stage effectué à ASPA a été pour moi riche en apprentissages et m'a permis de confirmer mon intérêt pour la relation d'aide auprès des personnes dépendantes.

Enfin, il est important pour moi de remercier ma famille et mes ami(e)s qui sont une source de support. Je souhaite également remercier certaines personnes particulièrement importantes, notamment ma tante, Françoise, qui m'a énormément aidée, pas uniquement pour ce rapport, mais tout au long de mes études et de ma vie. Un grand merci aussi à mon conjoint Julien, qui a toujours cru en moi, merci pour sa patience, ses encouragements au quotidien et sa présence inconditionnelle.

TABLE DES MATIÈRES

RÉSUMÉ.....	I
ABSTRACT.....	II
REMERCIEMENTS.....	III
TABLE DES MATIÈRES.....	IV
LISTE DES SIGLES.....	VII
INTRODUCTION.....	1
CHAPITRE 1 : CONTEXTE THÉORIQUE.....	3
1. DÉFINITION.....	4
1.1 <i>Les concepts de l’alliance thérapeutique individuelle.....</i>	<i>4</i>
1.2 <i>Les concepts de l’alliance thérapeutique en intervention de groupe.....</i>	<i>6</i>
2. ÉVALUATION DES CONCEPTS DE L’ALLIANCE DE GROUPE.....	9
2.1 <i>La cohésion de groupe.....</i>	<i>9</i>
2.2 <i>L’alliance thérapeutique verticale.....</i>	<i>11</i>
2.3 <i>Le climat de groupe.....</i>	<i>12</i>
3. PERTINENCE ET UTILITÉ DU CONCEPT D’ALLIANCE THÉRAPEUTIQUE EN GROUPE.....	13
3.1 <i>L’importance de la relation avec le thérapeute pour les personnes dépendantes.....</i>	<i>13</i>
3.2 <i>Les avantages de l’intervention de groupe.....</i>	<i>14</i>
3.3 <i>Les particularités du groupe ouvert.....</i>	<i>16</i>
4. PRATIQUES FAVORISANT L’ALLIANCE THÉRAPEUTIQUE DE GROUPE.....	17
4.1 <i>La composition du groupe.....</i>	<i>17</i>
4.2 <i>Les séances de pré traitement.....</i>	<i>18</i>
4.3 <i>Le rôle du thérapeute.....</i>	<i>20</i>
4.3.1 <i>Les techniques favorisant le développement de l’alliance.....</i>	<i>20</i>
4.3.2 <i>Les défis de l’intervention de groupe.....</i>	<i>22</i>
5. PROBLÉMATIQUE.....	24
CHAPITRE 2 : MÉTHODOLOGIE.....	25
1. MILIEU DE STAGE.....	25
1.1 <i>Le centre ASPA : missions et approches.....</i>	<i>25</i>
1.2 <i>Portrait général de la clientèle.....</i>	<i>26</i>
2. MÉTHODOLOGIE QUALITATIVE.....	26
2.1 <i>Les sources de données.....</i>	<i>27</i>
2.1.1 <i>L’étude de cas.....</i>	<i>27</i>

2.1.2 Les entrevues semi-dirigées	27
2.1.3 L'échantillon	28
2.1.4 Les observations	30
2.2 L'analyse des entretiens	31
2.3 Limites de l'étude.....	32
CHAPITRE 3 : PRÉSENTATION DES RÉSULTATS.....	33
1. DÉFINITIONS ET PERTINENCE DE L'ALLIANCE THÉRAPEUTIQUE DE GROUPE	33
1.1 <i>Caractéristiques de l'alliance thérapeutique de groupe</i>	33
1.1.1 Le respect et l'écoute.....	33
1.1.2 L'ouverture d'esprit/la tolérance.....	34
1.1.3 La confiance	35
1.1.4 La participation.....	36
1.1.5 La convivialité.....	37
1.2 <i>L'impact des relations (thérapeute/membres) sur le cheminement du client</i>	38
1.2.1 La révélation de soi.....	38
1.2.2 Le partage de l'expérience et des idées	39
1.2.3 L'augmentation de la motivation.....	39
1.2.4 Les limites de l'intervention de groupe	40
2. FACTEURS INTERNES POUVANT AFFECTER L'ALLIANCE THÉRAPEUTIQUE.....	41
2.1 <i>Attitudes et caractéristiques des clients</i>	41
2.1.1 L'envie de cheminer.....	42
2.1.2 Les points communs entre les membres du groupe	43
2.1.3 Les attitudes négatives.....	44
2.2 <i>Savoir être et faire du thérapeute</i>	45
2.2.1 Habilités interpersonnelles.....	45
2.2.2 Professionnalisme et expériences.....	48
2.2.3 Le rôle d'animateur.....	48
2.2.4 Les attitudes à éviter.....	50
3. FACTEURS EXTERNES POUVANT INFLUENCER L'ALLIANCE THÉRAPEUTIQUE DE GROUPE.....	51
3.1 <i>L'approche de l'organisme</i>	52
3.2 <i>Les jeux de société</i>	53
3.3 <i>Le groupe ouvert</i>	53
CHAPITRE 4 : DISCUSSION	55
1. DISCUSSION	55
1.1 <i>Discussion et redéfinition de la notion d'alliance thérapeutique de groupe</i>	55
1.1.1 L'alliance thérapeutique verticale.....	55

1.1.2 Le climat de groupe	56
1.1.3 La cohésion de groupe	59
1.1.4 Mise en évidence de la convivialité et de l'humour comme facteurs essentiels de l'alliance thérapeutique ..	60
1.2 L'influence positive de l'alliance thérapeutique de groupe sur le traitement	60
1.3 Les éléments affectant l'alliance de groupe.....	61
1.3.1 L'homogénéité du groupe	62
1.3.2 L'intervenant au cœur du processus d'alliance de groupe	62
1.3.3 Les limites de l'intervention de groupe	65
1.3.4 L'approche de l'organisme et le type de groupe.....	65
CONCLUSION	67
RÉFÉRENCES.....	I

LISTE DES SIGLES

ASPA: Approche sécurisante pour les polys toxicomanes anonymes (Centre)

CRDM: Centre de réadaptation en dépendance de Montréal

CALPAS: California Psychotherapy Alliance Scale

CALTRAS: California Therapeutic Alliance Rating Scale

WAI: Working Alliance Inventory

VTAS: Vanderbilt Therapeutic Alliance Scale

TAS: Therapeutic Alliance Scale

PEN: Penn Helping Alliance Scale

INTRODUCTION

L'abus de substance ou la dépendance peut avoir de graves conséquences sur la santé physique des consommateurs (Enquête de surveillance canadienne de la consommation d'alcool et de drogues, 2012). En effet, en 2014 environ 207 400 décès liés à la consommation de drogues illicites seraient survenus dans le monde, dont plus du tiers sont liés aux surdoses (Office des Nations Unies contre la drogue et le crime, 2016). Au Québec, au moins 208 personnes sont décédées par intoxication aux opioïdes en 2016 (Institut national de santé publique du Québec, 2018). En plus des problèmes liés à la santé physique, les personnes dépendantes présentent fréquemment des problèmes de santé mentale et de criminalité (Brochu, Brunelle et Plourde, 2016; Comité permanent sur les troubles concomitants, 2005). Cette concomitance de problèmes complexes a des impacts majeurs sur l'efficacité des traitements proposés aux personnes dépendantes. Effectivement, le niveau d'engagement dans le traitement est faible et le taux d'abandon élevés (Cournoyer, Brochu, Landry, et Bergeron, 2007). C'est pour ces raisons qu'il est important d'étudier les meilleures pratiques pour améliorer l'efficacité des traitements.

Dans ces circonstances, l'alliance thérapeutique offre une perspective d'action intéressante pour améliorer l'efficacité des interventions qui ciblent la clientèle toxicomane. En effet, l'alliance thérapeutique est un facteur thérapeutique central qui, indépendamment de l'approche utilisée, est associée à une meilleure efficacité du traitement (Bordin, 1979). La qualité du lien entre l'intervenant et son client va influencer son cheminement. L'alliance thérapeutique va permettre au client d'être plus engagé et contribue à son maintien dans le traitement, améliorant les résultats du traitement (Martin, Garske, et Davis, 2000). L'importance de l'alliance thérapeutique en individuel a été démontrée, toutefois, il est important de se demander si ce concept est transposable dans un contexte d'intervention de groupe.

Il est d'autant plus important de définir le concept d'alliance thérapeutique en groupe, car les organismes l'offrent de plus en plus (Wendt et Gone, 2018). L'alliance de groupe est

donc une piste à explorer pour permettre aux organismes en traitement de la dépendance d'augmenter l'efficacité de leurs programmes dans une approche d'intervention de groupe.

Ce projet d'étude se divise en quatre chapitres. Le premier chapitre porte sur une recension de la littérature existante sur l'alliance thérapeutique en contexte d'intervention de groupe. Le but étant de mieux cerner les composantes de l'alliance de groupe et son impact sur le traitement. Le second chapitre décrit la méthodologie utilisée dans ce rapport et la manière dont les données recueillies ont été analysées. Le troisième chapitre porte sur l'analyse des résultats qui ont été récoltés. Enfin, le quatrième chapitre expose la discussion en lien avec la littérature scientifique existante à ce sujet ainsi que des recommandations pratiques.

CHAPITRE 1 : CONTEXTE THÉORIQUE

Des traitements issus d'approches différentes conduisent à des résultats thérapeutiques similaires (Martin, Garske et Davis, 2000). Suite à cette observation, il a été prouvé qu'il existe une variable commune à ces différentes approches : l'alliance thérapeutique (Martin, Garske et Davis, 2000). Il semble possible d'affirmer que la qualité de l'alliance client-thérapeute est un facteur prédictif constant de résultats cliniques positifs, indépendants de la diversité des approches et des mesures psychothérapeutiques (Horvath, et Bedi, 2002). L'alliance thérapeutique est alors l'élément central du processus thérapeutique autant dans un contexte individuel que de groupe (Bordin, 1979; Horvath, 1994; Burlingame, McClendon et Yang, 2018; Johnson, 2007; Johnson, Penn, Bauer, Meyer, et Evans, 2008; Martin, Garske, et Davis, 2000; Marziali, Munroe-Blum, et McCleary 1997; Van Andel, Erdman, Karsdorp, Appels, et Trijsburg, 2003).

Pour comprendre l'importance d'une étude sur les facteurs associés à l'alliance thérapeutique en groupe, il faut dans un premier de temps, être en mesure de bien définir l'alliance thérapeutique individuelle et s'interroger sur la transférabilité de cette notion en contexte de groupe. Dans un second temps, il est important de comprendre l'utilité du concept d'alliance thérapeutique pour les personnes dépendantes en contexte d'intervention de groupe. Enfin, ce sont les pratiques permettant d'accroître l'alliance thérapeutique au sein d'un groupe qui seront étudiées.

1. DÉFINITION

1.1 Les concepts de l'alliance thérapeutique individuelle

Dans un cadre individuel, l'alliance thérapeutique est un facteur important pour prédire les résultats positifs d'une thérapie (Martin, Garske, et Davis, 2000). En effet, la relation que le thérapeute développe avec son client va avoir un impact direct sur son cheminement. Développer une bonne alliance thérapeutique est important, car cela favorise l'engagement du client et son maintien dans le traitement (Bordin, 1979). Donc, il est important de définir les concepts de l'alliance thérapeutique. L'intervenant sera alors en mesure d'ajuster ses interventions pour permettre au client de cheminer.

Dans les années 1910, Freud est le premier à souligner l'importance de la collaboration dans le processus thérapeutique du client (Freud, 1913). Zetzel (1956) sera la première à utiliser le terme « l'alliance thérapeutique ». La manière dont elle définit l'alliance fait référence à la réciprocité, à l'acceptation et à la compréhension entre le client et le thérapeute (Zetzel, 1956). Greenson (1965) nomme ce concept, « alliance de travail » il fait référence à la participation et au travail du client dans le processus thérapeutique. Ces notions introduisent deux aspects de la définition de l'alliance thérapeutique soit le lien affectif entre le client et son thérapeute et le travail déployé par le client lors de sa thérapie.

L'alliance thérapeutique se définit, selon Bordin (1979), en trois principales dimensions. La première dimension de l'alliance est le lien affectif. Cette notion inclut des aspects de la relation client-intervenant comme la confiance, la sollicitude et l'engagement. L'intervenant devient une personne significative pour le client, qui se sent épaulé et soutenu. La seconde dimension de l'alliance définit les buts à atteindre par le client. Cela signifie que le client travaille avec le thérapeute sur les problèmes pour lesquels il consulte volontairement ou non. Le client doit être compris et entendu dans sa demande. Enfin, la troisième dimension représente les activités proposées par l'intervenant à son client pour atteindre ses buts. Le client doit considérer les moyens mis en place avec l'intervenant comme correspondant à ses

besoins. Il est essentiel que les attentes de l'intervenant ne dépassent pas les capacités de son client, en fixant conjointement des objectifs réellement atteignables. Bordin (1979), dans sa définition de l'alliance thérapeutique fait ressortir deux caractéristiques, le lien affectif avec le client et l'accord sur le travail à effectuer en traitement.

Il est possible de regrouper les concepts de l'alliance thérapeutique que les outils d'évaluation on fait ressortir¹, tel que proposé par Horvath (1994). Ces outils ont en commun plusieurs concepts : la participation du patient au travail thérapeutique (CALPAS et TAS), la fixation mutuelle des objectifs à travailler durant la rencontre (CALTRAS, WAI, PEN), la capacité du client à créer une bonne relation avec le thérapeute (PEN, VTAS, CALTRAS), l'attitude positive et la capacité à croire en l'efficacité des tâches proposées par le thérapeute (CALTRAS, WAI) et enfin la volonté de participer activement à la thérapie (PEN, CALTRAS, VTAS). Cette liste nous permet d'identifier les différents facteurs de l'alliance thérapeutique et ainsi de mieux en saisir les concepts.

Les définitions de l'alliance incluent des dimensions de collaboration, de mutualité et de négociation (Despland, De Roten, Martinez, Plancherel, et Solai, 2000). Il serait donc légitime de se demander si les dimensions de l'alliance thérapeutique en contexte individuel sont transférables à l'alliance thérapeutique de groupe.

¹ CALPAS/ CALTRAS « California Psychotherapy Alliance Scale », « California Therapeutic Alliance Rating Scale » (Marmar, Weiss et Gaston, 1989)

WAI « Working Alliance Inventory » (Horvath et Greenberg, 1986)

VTAS « Vanderbilt Therapeutic Alliance Scale » (Hartley et Strupp, 1983)

TAS « Therapeutic Alliance Scale » (Marziali, 1984)

PEN « Penn Helping Alliance Scale » (Alexander et Luborsky, 1986).

1.2 Les concepts de l'alliance thérapeutique en intervention de groupe

Le groupe étant une approche fortement utilisée, notamment dans les traitements de la dépendance, il est nécessaire de se demander comment améliorer ces traitements (Wagner et Ingersoll, 2015). L'alliance thérapeutique de groupe permet l'engagement du client et son maintien dans le processus thérapeutique et par conséquent influence positivement le cheminement du client (Joyce, Piper et Ogrodniczuk, 2007). Il semble donc primordial d'identifier les éléments qui définissent l'alliance thérapeutique en contexte d'intervention de groupe.

En contexte d'intervention de groupe, il est plus difficile de cerner les facteurs de l'alliance thérapeutique, car il existe, en plus de la relation membres-thérapeutes, la relation de membres à membres et avec le groupe dans son ensemble (Gillaspy, Wright, Campbell, Stokes, et Adinoff, 2002). Trois notions permettent de définir l'alliance de groupe : l'alliance thérapeutique verticale, la cohésion de groupe et le climat de groupe. Elles amènent chacune une facette différente de l'alliance, nous permettant de saisir cette notion dans sa globalité (Johnson, 2007). Dans ce rapport, une précision concernant les termes utilisés est importante pour ne pas induire en erreur le lecteur. Le terme « alliance thérapeutique de groupe » ou « alliance de groupe » fait référence à ces trois notions, l'alliance thérapeutique verticale, la cohésion de groupe et le climat de groupe. La dénomination « alliance thérapeutique verticale » réfère à la relation entre l'intervenant et les membres du groupe.

L'alliance thérapeutique verticale a été définie par Pinsoff et Catherall (1986). Les auteurs, en gardant les mêmes dimensions utilisées par Bordin (1979) pour définir l'alliance thérapeutique individuelle (soit le lien affectif, les objectifs et les activités), ont conceptualisé trois niveaux d'alliance dans le groupe. L'alliance individuelle entre le membre et le thérapeute, l'alliance de la totalité du groupe avec le thérapeute et l'alliance entre les sous-groupes et le thérapeute. Bien que Pinsoff et Catherall (1986) combinent les idées d'alliance et de dynamique de groupe, les trois relations d'alliance sont des relations avec le thérapeute. Or, il est important de tenir compte également des relations qui se développent entre les membres du groupe, car elles ont aussi un impact sur le parcours du client (Holmes, et Kivlighan, 2000).

L'alliance thérapeutique verticale se concentre spécifiquement sur la relation patient-thérapeute (Burlingame, Fuhriman et Johnson, 2002), alors que la cohésion fait référence à la relation entre les membres du groupe. La notion de cohésion de groupe permet de tenir compte de toutes les relations présentes dans un groupe. Elle est définie par Yalom et Leszcz (2005) comme « l'attractivité du groupe pour ses membres, accompagnée par le sentiment d'être valorisé, accepté et soutenu par les autres membres ²». Dans cette perspective, la cohésion du groupe doit s'appuyer sur la perception des membres du groupe comme étant un environnement ouvert et honnête (Yalom et Leszcz, 2005). Les membres s'encouragent et se soutiennent mutuellement, passent du temps ensemble et ressentent un sentiment d'esprit de groupe ou de fierté (Gillaspy, Wright, Campbell, Stokes et Adinoff, 2002). On parle ici de sentiment d'appartenance, de confiance dans le groupe, c'est-à-dire du lien affectif entre tous les membres du groupe (Yalom et Leszcz, 2005).

La notion de cohésion est basée sur le lien affectif entre les membres (Dion, 2000). Un groupe peut être assez unifié dans la réalisation d'objectifs thérapeutiques (on parle ici de cohésion professionnelle), sans avoir un lien affectif de qualité ou un sentiment d'appartenance particulièrement fort (Dion, 2000). C'est le cas avec certaines approches, par exemple, l'approche cognitive comportementale qui met l'accent sur le travail effectué par les membres plutôt que sur l'importance de créer des liens affectifs entre ces derniers (Sobell, et Sobell, 2011). L'inverse est également vrai, par exemple, certains groupes de thérapie de soutien peuvent se concentrer davantage sur le sentiment de proximité ou d'appartenance entre les membres plutôt que sur l'accomplissement de tâches particulières comme les Alcooliques Anonymes ou Narcotiques Anonymes (Sobell, et Sobell, 2011). Le concept de cohésion se résume, au lien entre les membres, à l'acceptation mutuelle, à l'identification, à l'appartenance au groupe et à l'attractivité du groupe (Dion, 2000 ; Kivlighan, Coleman et Anderson, 2000).

² Traduction libre de l'anglais au français faite par l'auteur

Une autre définition permet de saisir les concepts pouvant avoir un impact sur le cheminement des clients. On parle ici de climat de groupe. Cette notion de climat de groupe permet de saisir d'autres facettes de l'atmosphère du groupe qui ne ressortent pas dans la définition de la cohésion ou de l'alliance, comme la notion de conflit ou l'évitement (Kivlighan, Patton et Foote, 1998). Mackenzie (1983) définit le climat de groupe comme une propriété ou un attribut de l'environnement du groupe qui facilite ou entrave les efforts d'un individu pour atteindre un objectif particulier. Le climat de groupe comprend trois dimensions. Premièrement, l'engagement qui reflète l'investissement du client dans le groupe, son implication (Mackenzie, 1983). Deuxièmement, l'évitement qui est lié à l'évitement de la responsabilité des membres envers leur processus de changement et à l'évitement de l'engagement dans les relations interpersonnelles (Mackenzie, 1983). Pour finir, le conflit est en lien avec les conflits interpersonnels entre les membres du groupe et la méfiance envers les autres participants (Mackenzie, 1983).

Ces trois concepts font ressortir l'importance des relations affectives dans le groupe et la nécessité d'un accord sur le travail à effectuer avec le thérapeute et les participants. Les concepts de l'alliance thérapeutique de groupe restent les mêmes que ceux de l'alliance thérapeutique individuelle : la collaboration, la solidarité et l'accord sur les objectifs et les moyens pour les atteindre.

2. ÉVALUATION DES CONCEPTS DE L'ALLIANCE DE GROUPE

Il existe plusieurs outils pour mesurer les trois concepts de l'alliance thérapeutique en groupe. L'étude de ces différents outils va permettre une meilleure compréhension de chacun des concepts définis plus haut.

2.1 La cohésion de groupe

Pour mesurer la cohésion, plusieurs outils sont utilisés et nous permettent de mieux saisir ce concept. Le « Therapeutic Factors Inventory » (TFI, Lese et MacNair-Semands, 2000) est un outil conçu pour évaluer les facteurs thérapeutiques tels que décrits par Yalom et Leszcz (2005). Il y a neuf éléments dans le questionnaire qui permettent de mesurer la cohésion. Par exemple, les membres du groupe doivent répondre à : « Je ressens un sentiment d'appartenance à ce groupe. », « Même si nous avons des différences, je me sens à l'aise dans le groupe ³ » (MacNair-Semands, Ogrodniczuk, et Joyce, 2010). Cet outil permet d'évaluer le sentiment d'appartenance, l'acceptation, la confiance mutuelle et la coopération de groupe (Lese et MacNair-Semands, 2000).

Pour évaluer la cohésion, il existe également la « Group Cohesiveness Scale » (GCS, Budman et al. 1987). Elle évalue la connexion entre les membres du groupe, la capacité à travailler ensemble dans le but d'atteindre un but thérapeutique commun, l'engagement et le partage de certaines informations personnelles (Budman et al. 1987). Il y a 5 sous-échelles permettant de mesurer la cohésion. La première sous échelle mesure l'intérêt et l'engagement des membres, la seconde : la confiance entre les membres, la troisième : la coopération, la quatrième : l'acceptation des autres membres et enfin la capacité à travailler ensemble (Budman, Soldz, Demby, Davis, et Merry, 1993).

³ Traduction libre de l'anglais au français faite par l'auteur

Une étude qualitative portant sur la cohésion peut également nous permettre de mieux saisir le concept de l'alliance thérapeutique de groupe. Cette étude s'intéresse au processus de cohésion de groupe dans les groupes de conseil scolaire en milieu rural (Gray et Rubel, 2018). La collecte de données comprend plusieurs entretiens semi-dirigés. Plusieurs questions ont été posées telles que : « Comment avez-vous vécu le groupe de conseil scolaire (y compris les expériences positives et négatives) ? », « Comment décririez-vous l'appartenance à un groupe de conseil scolaire et comment décririez-vous ce que signifie ne pas faire partie d'un groupe de conseil scolaire ? » ou encore « Il y a-t-il eut quelque chose dans le groupe qui a affecté la façon dont vous avez eu l'impression d'appartenir au groupe ? » (Gray et Rubel, 2018). Cette étude fait le lien entre la cohésion de groupe et le concept de sentiment d'appartenance.

La cohésion de groupe n'est pas un concept statique, mais évolue à travers le temps (Lindgren et al., 2008; Piper et al., 2005; Taft et al., 2004; Woody et Adessky, 2002). Il semble alors essentiel pour évaluer la cohésion de le faire plusieurs fois pendant le traitement. Bernard et al. (2008) ont décrit plusieurs étapes de développement du groupe, il en existe cinq. La première étape ou l'étape de formation abordent la question de la dépendance et de l'inclusion, ou les participants apprennent à se connaître et à se faire confiance. La deuxième étape ou la phase de « tempête » concerne les questions de pouvoir ou de statut et la résolution des conflits associés. La troisième étape, l'étape de normalisation reflète l'établissement d'une confiance et d'une structure de groupe fonctionnelle (normes). La quatrième étape est caractérisée par un processus de groupe mature et productif et l'expression de différences individuelles. L'étape finale implique une concentration sur les questions de séparation, une revue de l'expérience de groupe et une préparation à la fin du groupe. Il n'existe pas de consensus sur le modèle d'évolution de la cohésion de groupe à travers le temps, les différences méthodologiques sont probablement une source d'incohérence dans les résultats (Taft et al., 2004 ; Woody et Adessky, 2002 ; Yalom et Lecz, 2005). Dans ce cas, lors des deux premières étapes de formation du groupe la cohésion serait faible, puis elle évoluerait positivement par la suite. L'évolution de la cohésion peut également être influencée par différents formats de thérapie de groupe, tels que les thérapies à court terme ou long terme ou encore les différentes orientations théoriques (Piper et al., 2005).

Les outils présentés permettent une meilleure compréhension de la notion de cohésion. La plupart des outils mesurant la cohésion ont tendance à mesurer la cohésion du point de vue affectif sans mesurer la cohésion au niveau des tâches de travail à effectuer (Burlingame, McClendon et Alonso, 2011). En outre, c'est la cohésion horizontale qui est évaluée c'est-à-dire la cohésion entre les membres du groupe ou avec le groupe dans son ensemble et non pas la relation avec le thérapeute (Burlingame, McClendon et Alonso, 2011).

2.2 L'alliance thérapeutique verticale

Certains outils permettent d'évaluer plus précisément la relation entre le thérapeute et les membres du groupe. Le WAI soit le « Working Alliance Inventory » a été développé pour mesurer l'alliance thérapeutique entre le client et le thérapeute (Horvath et Greenberg, 1989). Le WAI se base sur la définition de Bordin (1979) de l'alliance thérapeutique (Horvath, et Greenberg, 1989), il est composé de 36 questions (12 par notions soit le lien, les tâches et les objectifs). Le WAI est rempli par le client, le thérapeute et dans certains cas par un observateur. Certaines questions évaluent le lien entre le thérapeute et le client : « je me sens mal à l'aise avec (nom du thérapeute) », « J'apprécie (nom du thérapeute) en tant que personne », « (nom du thérapeute) et moi avons construit une confiance mutuelle » (Alix, 2016). D'autres, évaluent les tâches « Je crois que la manière que nous avons de nous occuper de mon problème est satisfaisante », « (nom du thérapeute) et moi sommes d'accord à propos des étapes à suivre pour améliorer ma situation » (Alix, 2016). Et enfin, certains items évaluent les objectifs « Nous travaillons pour un accord commun sur les objectifs », « (nom du thérapeute) et moi avons une perception commune de mes objectifs » (Alix, 2016).

Le CALPAS-G « The California Psychotherapy Alliance Scales Group » est également un outil qui a été adapté à l'intervention de groupe (Gaston et Marmar, 1994). Il est composé de 4 sous échelles : « la capacité de travail du client qui correspond à la capacité du patient à travailler activement pendant le traitement, l'engagement du client soit l'engagement de suivre le traitement, le consensus sur la stratégie de travail c'est-à-dire l'accord avec le thérapeute sur la manière dont va se dérouler le traitement et enfin la compréhension et l'implication des

membres font référence à la participation active des membres du groupe⁴» (Gaston et Marmar, 1994). Le CALPAS-G a été utilisé dans de nombreuses études (Crowe, et Grenyer, 2008; Ellis, Bufford, et Benson, 2014; Lenzo, Gargano, Mucciardi, Lo Verso, et Quattropiani, 2014; Lindgren, Barber, et Sandahl, 2008).

2.3 Le climat de groupe

Le questionnaire « Group Climate Questionnaire » (GCQ-S; MacKenzie, 1983) est utilisé pour évaluer le climat de groupe. Il contient trois sous échelles correspondant à l'engagement de la personne, le conflit et l'évitement. Le GCQ contient 12 éléments notés sur l'échelle de Likert, en 7 points indiquant l'étendue de l'accord, allant de pas du tout (0) à extrêmement (6) (Johnson, et al., 2006). Les énoncés concernant l'engagement portent par exemple sur : « les membres s'apprécient et se soucient des autres membres », « les membres essaient de comprendre pourquoi ils agissent ainsi » (Johnson, et al., 2006). Pour l'évitement, les questions permettent d'évaluer, par exemple : « les membres attendent les instructions du leader » (Johnson, et al., 2006). Enfin, pour évaluer le conflit, le questionnaire se penche sur : « les membres ne se font pas confiance », « il existe des désaccords et de la colère entre les membres » (Johnson, et al., 2006).

Il existe plusieurs étapes dans le développement d'un groupe thérapeutique qui permet de comprendre l'évolution du climat de groupe. En effet, le climat de groupe n'est pas un phénomène statique dans le temps, il est alors important d'en tenir compte lors de l'évaluation. Mackenzie (1983) a identifié trois étapes dans le développement du groupe, à savoir l'engagement, la différenciation et l'individuation. L'étape de l'engagement est caractérisée par des niveaux croissants d'implication et des niveaux relativement élevés d'évitement et de faibles niveaux de conflit. Dans la phase de différenciation, le climat du groupe peut être décrit comme assez élevé en conflit, modéré en évitement et relativement peu d'engagement. Des niveaux relativement faibles de conflit et d'évitement et des niveaux élevés de

⁴ Traduction libre de l'anglais au français faite par l'auteur

participation décrivent l'étape de l'individuation. L'auteur a suggéré que l'implication et la cohésion augmentaient lentement au cours de la phase initiale de l'engagement, abandonnées pendant l'étape de différenciation, puis rétablies pendant la phase d'individuation.

Il existe de nombreux outils permettant de mesurer les divers concepts qui entourent l'alliance thérapeutique de groupe, ce qui entraîne une différence au niveau du résultat des diverses études.

3. PERTINENCE ET UTILITÉ DU CONCEPT D'ALLIANCE THÉRAPEUTIQUE EN GROUPE

3.1 L'importance de la relation avec le thérapeute pour les personnes dépendantes

En 2014-2015, au Québec, 16,7 % des personnes de 15 ans et plus ont consommé de la drogue au cours des 12 derniers mois (Enquête québécoise sur la santé de la population, 2014-2015). Environ 5% des Québécois de 15 ans et plus ont une consommation abusive ou problématique d'alcool et de drogue (Enquête québécoise sur la santé de la population, 2014-2015). La toxicomanie est un problème qui affecte toutes les sphères de vie de la personne autant d'un point de vue physique, que psychologique, social ou encore économique (Ben Amar, 2015). Les problèmes sociaux vécus par les personnes dépendantes impliquent la criminalité, la violence, les accidents de la route, les suicides, les conduites sexuelles à risque, la perte de productivité, l'absentéisme, la morbidité et la mortalité (Gouvernement du Canada, 2019).

La multitude des conséquences associées à la toxicomanie peut altérer l'efficacité des traitements. De ce fait, il a été démontré qu'il est d'autant plus difficile d'engager et de retenir les clients consommateurs de drogues dans un traitement (Meier, Barrowclough, et Donmall, 2005a). En effet, cette population montre un taux d'abandon en traitement élevé et les

intervenants travaillant auprès de cette clientèle la considèrent comme étant difficile à engager et à maintenir en traitement (Meier, Barrowclough, et Donmall, 2005a). Une des explications à ce phénomène est que la consommation est en lien avec d'autres problèmes. Effectivement, on peut observer chez certains clients toxicomanes des difficultés dans la gestion des émotions, la présence de troubles de santé mentale ou de démêler avec la justice, ce qui a une influence négative sur les traitements offerts (Urbanoski Kelly, Hoepner, et Slaymaker, 2012 ; Wolfe, Kay-Lambkin, et Bowman, 2013). En outre, les clients ne consultent pas toujours de manière volontaire, entraînant un impact négatif sur la relation avec le thérapeute (Wolfe, Kay-Lambkin, et Bowman, 2013). Il est donc pertinent de se demander comment améliorer les services offerts pour les personnes aux prises avec un problème de dépendance, en évitant l'abandon du programme et en favorisant l'engagement.

L'alliance thérapeutique verticale peut influencer positivement l'engagement et la rétention dans le traitement (Joe, Simpson, Dansereau, et Rowan-Szal, 2001). L'implication et la rétention dans le traitement sont importantes, car elles sont directement en lien avec des résultats positifs du traitement (Meier, Barrowclough, et Donmall, 2005a). La qualité de l'alliance verticale a une influence sur les progrès du client pendant le traitement, sur le plan de la diminution de la consommation ou de l'abstinence (Meier, Barrowclough et Donmall, 2005a). L'alliance thérapeutique verticale permet d'améliorer l'efficacité des traitements offerts aux toxicomanes. Les organismes offrant de plus en plus une intervention de groupe, il est nécessaire de se demander si cette modalité d'intervention est aussi profitable que l'intervention individuelle.

3.2 Les avantages de l'intervention de groupe

L'intervention de groupe présente de nombreux avantages pour les populations alcooliques et/ou toxicomanes (Bibeau, 1997). En effet, les membres peuvent s'identifier les uns aux autres et de ce fait réduire la stigmatisation, car ils font face à des problèmes similaires (Yalom et Leszcz, 2005). De plus, le fait d'être en groupe peut favoriser la motivation, susciter l'espoir en voyant les autres réussir (Sobell et Sobell, 2011). Les membres prennent

conscience de la possibilité d'atteindre leurs objectifs (Bibeau, 1997). Être en groupe permet également de favoriser une plus grande responsabilisation des membres et ainsi développer leurs habiletés interpersonnelles (Yalom et Leszcz, 2005). Le groupe va permettre à ses membres de mieux se connaître, de connaître également leurs réactions face aux autres membres, leur manière de gérer les conflits et d'interagir (Falkowski, 1996). Être en groupe peut être particulièrement intéressant pour les participants qui souhaitent sortir de leurs isolements. Les personnes dépendantes ont tendance à être isolées et désirent bâtir un nouveau réseau social, car leur ancien réseau est souvent lié à la consommation (Wagner et Ingersoll, 2015).

Une des clés de la réussite du traitement est la cohésion. Les clients considèrent la cohésion comme un élément déterminant du succès d'un groupe thérapeutique (Yalom, et Leszcz, 2005). La cohésion favorise les changements thérapeutiques (Crowe, et Grenyer, 2008). De fait, il a été démontré que des niveaux élevés de cohésion ont été associés à une plus grande auto-divulgence (Yalom, et Leszcz, 2005). La cohésion favorise également la révélation de soi, la rétroaction entre les membres et le soutien (Yalom, et Leszcz, 2005). En outre, une bonne cohésion peut empêcher les membres du groupe de se décourager quand un conflit a lieu pendant les phases de travail du groupe (Yalom, et Leszcz, 2005). Enfin, plusieurs études démontrent que la cohésion est un des facteurs de taux d'abandon plus faibles (Burlingame, McClendon, et Alonso 2011; Joyce, Piper et Ogrodniczuk, 2007).

Un climat de groupe favorable va également avoir un impact positif sur le traitement des personnes. Au moins 15 études font le lien entre le climat de groupe (engagement, conflit et évitement) et résultats positifs du traitement (Johnson, et al., 2006). Schwartz (2004) a conclu qu'un engagement plus fort prédit généralement des résultats positifs et qu'un niveau de conflit élevé peut avoir un impact négatif sur le traitement. D'après ces constats, il est important de se pencher sur les pratiques qui permettent le développement d'une bonne alliance au sein du groupe.

3.3 Les particularités du groupe ouvert

C'est un traitement de groupe ouvert qui est proposé à ASPA. Le groupe ouvert se définit comme un groupe où des nouvelles personnes peuvent le rejoindre à tout moment ou le quitter (Tourigny et Hébert, 2007). Au centre ASPA les entrées se font le lundi et les sorties le jeudi (sauf lorsque les personnes abandonnent avant la fin du traitement).

Les groupes ouverts présentent des avantages autant pour les organismes que pour les membres du groupe. Les groupes ouverts sont plus faciles à mettre en place, car ils permettent d'éviter les listes d'attente et d'empêcher toute fin de groupe liée au manque de participant (Tourigny et Hébert, 2007). Certains auteurs suggèrent que la rotation des membres dans les groupes ouverts offre aux clients un moyen de travailler sur des questions telles que la séparation, l'inclusion, l'abandon, l'adaptabilité et l'initiation de relations (Keats et Sabharwal, 2008). De plus, les changements de membres permettent aux participants de générer des idées plus variées que les groupes fermés (Keats et Sabharwal, 2008).

Le groupe ouvert peut aussi présenter certains désavantages. Le groupe ouvert étant sans cesse en mouvement, le fait d'interagir avec un plus grand nombre de personnes peut entraîner un manque de cohésion notamment si plusieurs personnes partent en même temps ou entrent en même temps dans le groupe (Corey, Corey et Corey, 2018). D'autre part, les membres ne sont pas toujours à l'aise avec la divulgation de soi lors de l'arrivée de nouvelles personnes. Il est plus difficile de construire des relations significatives les uns avec les autres (Tourigny et Hébert, 2007). Donc, il est nécessaire de se demander comment améliorer l'alliance thérapeutique dans les groupes ouverts.

4. PRATIQUES FAVORISANT L'ALLIANCE THÉRAPEUTIQUE DE GROUPE

Il existe plusieurs stratégies qui permettent de développer l'alliance en contexte d'intervention de groupe. Ces stratégies portent sur le rôle du thérapeute, la composition du groupe et les séances de pré traitement.

4.1 La composition du groupe

La manière dont le groupe est composé, c'est-à-dire sa taille et ses participants, peut avoir un effet direct sur l'alliance entre les membres et le thérapeute (Bernard et al., 2008; Taft, Murphy, Musser, et Remington, 2004; Yalom et Leszcz, 2005). Les thérapeutes, lors de la réflexion sur la composition du groupe, devraient privilégier l'inclusivité plutôt que l'exclusivité. Cela signifie que l'intervenant doit se demander dans un premier temps qui devrait être sélectionné pour le groupe de thérapie, et non pas qui devrait en être exclu (Bernard et al., 2008). Certaines personnes ne peuvent pas assister au groupe en raison de facteurs logistiques, motivationnels ou symptomatiques (Bernard et al., 2008; Yalom et Leszcz, 2005). Par exemple, les personnes antisociales sont généralement exclues de la psychothérapie de groupe, mais ces personnes peuvent très bien faire partie d'un groupe homogène chez les participants antisociaux (Yalom et Leszcz, 2005). En résumé, les clients devraient être exclus de la thérapie de groupe s'ils ne peuvent pas s'engager dans les activités principales du groupe (Yalom et Leszcz, 2005). En outre, certaines caractéristiques personnelles favorisent les échanges dans le groupe et donc l'alliance. Les facteurs liés à une alliance positive sont : une motivation élevée, des caractéristiques psychopathiques faibles, des traits de personnalité limite peu présents, une attirance pour le groupe et de bonnes capacités interpersonnelles (Anderson, John, Kelter et Kring, 2001; Ogrodniczuk, Piper, Joyce et McCallum, 2000; Taft, Murphy, Musser, et Remington, 2004; Seligman, 1995). Enfin, il est suggéré que le groupe soit composé de 6 à 8 participants (Sobell et Sobell, 2011; Wagner et Ingersoll, 2015), « *Un groupe de cette taille est suffisamment grand pour offrir de nombreuses*

*possibilités d'interaction et suffisamment petit pour que tout le monde puisse s'impliquer et se sentir comme un groupe*⁵» (Corey, Corey et Corey, 2018).

4.2 Les séances de pré traitement

Les séances de pré thérapies permettent de bâtir les fondations pour le développement d'une alliance thérapeutique de groupe (Bernard et al., 2008). En effet, peu importe la durée et l'approche utilisées dans le traitement, il a été reconnu que les séances de pré traitement étaient bénéfiques pour les membres du groupe (Mackenzie, 2001 ; Rutan et Stone, 2001, Safran et Muran, 2000). Les séances de pré traitement ont pour but d'établir les débuts d'une alliance, de réduire l'anxiété des membres, de fournir des informations concernant le groupe et de mettre en place les objectifs en lien avec le traitement (Rutan et Stone, 2001 ; Yalom et Leszcz, 2005). Il est donc important d'étudier les meilleures pratiques en lien avec les séances de pré traitement et les thèmes qui devront y être abordés par les participants. Le nombre de sessions de pré traitement peuvent varier d'une à quatre (Burlingame et al, 2002). Elles devraient durer en moyenne une heure selon les besoins du groupe. Ces sessions peuvent être mises en place dans un contexte de groupe ou bien en individuel (Yalom et Leszcz, 2005).

Il est important de mettre en place des objectifs personnels et de groupe lors des séances de pré traitement (Gray et Rubel, 2018). D'après certains auteurs, les objectifs du groupe et les objectifs individuels peuvent être déterminés avec les membres du groupe et le thérapeute, « *si un groupe n'a pas d'objectif clairement défini, l'anonymat peut se développer et entraîner la fragmentation du groupe*⁶» (Corey, Corey et Corey, 2018). Clarifier les attentes des membres et leurs objectifs permet de favoriser la création de l'alliance thérapeutique (Bernard et al., 2008). Apporter un éclaircissement sur le rôle du groupe, ses

⁵ Traduction libre de l'anglais au français faite par l'auteur

⁶ Traduction libre de l'anglais au français faite par l'auteur

objectifs et la manière de les atteindre va également permettre aux clients de diminuer leur anxiété (Burlingame et al, 2002).

De plus, il est essentiel lors des séances de pré traitement de donner de l'information sur le déroulement du groupe. La première notion essentielle à aborder est la confidentialité, elle permet aux membres de se sentir en sécurité dans le groupe (Gray et Rubel, 2018). Il est important de délimiter cette notion auprès des membres du groupe et de leur expliquer que la confidentialité peut être facilement brisée si les membres n'y prêtent pas attention (Corey, Corey et Corey, 2018). D'après les auteurs, si les membres sentent que la confidentialité peut être brisée ils n'oseront pas se confier pleinement ce qui peut nuire au processus thérapeutique et à l'alliance de groupe (Corey, Corey et Corey, 2018 ; Sobell et Sobell, 2011).

En outre, une notion qui doit être abordée avec les membres du groupe lors des séances de pré traitement est celle de la participation. Les participants au groupe doivent être actifs et non pas observateurs (Corey, Corey et Corey, 2018; Kivlighan, et Tarrant, 2001; Sobell et Sobell, 2011). Pour Corey, Corey et Corey (2018), « *L'expression des réactions tant positives que négatives doit être encouragée. Si cela est fait, un échange honnête peut avoir lieu, ce qui est essentiel pour développer un sentiment d'appartenance à un groupe* ⁷ ». Il est important de souligner aux membres qu'ils enrichiront leur thérapie s'ils participent activement, même s'il est également essentiel de spécifier que bien que la divulgation de soi est un outil important dans le processus de groupe, il appartient à chaque participant de décider des aspects de sa vie à révéler (Sobell et Sobell, 2011).

D'autre part, l'élément essentiel de l'alliance de groupe est la mise en place de règles claires qui seront établies lors des séances de pré traitement (Burlingame et al. 2002 ; Sobell et Sobell, 2011; Yalom et Leszcz, 2005). Si les normes du groupe sont clairement présentées et que les membres sont en accord avec elles, les normes peuvent être des forces puissantes dans la formation de l'alliance du groupe (Bernard et al., 2008). Idéalement, les normes du groupe

⁷ Traduction libre de l'anglais au français faite par l'auteur

seront développées de manière collaborative autant que possible plutôt que d'être imposées par le thérapeute (Corey, Corey et Corey, 2018). Plusieurs règles essentielles doivent être instaurées notamment : parler à la première personne « je », arriver à l'heure, ne pas se présenter sous l'emprise de drogue ou d'alcool pendant le traitement, ne pas parler des membres absents, faire ses « devoirs » et les rapporter, respecter les opinions de chacun, attendre que la personne en train de parler ait fini pour prendre la parole, ne pas utiliser son téléphone, et enfin, communiquer les émotions fortes de manière adéquate (sans crier) (Bieling et al., 2006; MacKenzie, 1994; Yalom et Leszcz, 2005). L'instauration de règles claires permet aux membres d'avoir un cadre sécurisant et adapter au respect de chacun.

4.3 Le rôle du thérapeute

4.3.1 Les techniques favorisant le développement de l'alliance

L'alliance de groupe comme vu précédemment dans la définition, tient à la fois du lien entre les membres et le groupe, mais également du lien des membres entre eux et de la relation avec le thérapeute. Le rôle du thérapeute va être de nourrir cette alliance de groupe grâce à certains moyens. Pour Yalom et Leszcz (2005), la principale responsabilité du chef de groupe est la création d'un climat de groupe thérapeutique : « *Si ce sont les membres du groupe qui, dans leurs interactions, mettent en branle les nombreux facteurs thérapeutiques, la tâche du thérapeute de groupe est de créer une culture propice à une interaction de groupe efficace*⁸ ». De plus, plusieurs études ont souligné que la manière d'interagir du leader pouvait augmenter l'alliance de groupe et diminuer les conflits (Burlingame, McClendon et Yang ; 2018; Caple et Cox, 1989 ; Norcross et Lambert, 2018; Muran et Barber, 2010).

Pour créer une relation de confiance, il est essentiel, dans un premier temps, de faire preuve d'empathie authentique (Corey, Corey et Corey, 2018; Kivlighan et Tarrant, 2001). Il a été démontré que la capacité d'empathie, de chaleur et de sincérité des thérapeutes était

⁸ Traduction libre de l'anglais au français faite par l'auteur

positivement liée à l'alliance de groupe (Kivlighan et Tarrant, 2001). Il est nécessaire que l'intervenant ait de l'empathie pour pouvoir comprendre les sentiments et le point de vue du client sans porter de jugement (Miller et Rollnick, 2013). À l'inverse, les thérapeutes ne devraient pas utiliser la confrontation agressive (Corey, Corey et Corey, 2018; Wagner et Ingersoll, 2015; Yalom et Leszcz, 2005). Une intervention teintée de jugement ou détachée est également à proscrire (Corey, Corey et Corey, 2018; Wagner et Ingersoll, 2015).

Un des rôles du thérapeute est aussi de favoriser la recherche de similitude entre les membres. Cela permet d'améliorer l'alliance de groupe, et de favoriser le sentiment d'appartenance (Gray et Rubel, 2018). Le thérapeute doit encourager le partage des points communs (situation commune) vécu par les membres du groupe (Sobell et Sobell, 2011). Il doit pour favoriser l'alliance de groupe, s'assurer que tous les membres participent à la discussion (Wagner et Ingersoll, 2015). De ce fait, il doit encourager le partage (Corey, Corey et Corey, 2018; Sobell et Sobell, 2011; Wagner et Ingersoll, 2015). Pour cela, les thérapeutes doivent promouvoir les interactions entre les clients, en demandant par exemple aux membres de se répondre les uns aux autres, en encourageant la rétroaction et le partage, ou encore en recherchant des moyens d'impliquer tous les participants dans les interactions de groupe, tel que les tours de parole (Corey, Corey et Corey, 2018).

L'intervenant a un rôle important à jouer dans la résolution de conflit(s). En effet, comme vu précédemment, le conflit peut avoir un impact négatif sur le traitement (Schwartz, 2004). C'est la manière dont le conflit est géré qui va déterminer son impact sur l'alliance de groupe (Kivlighan et Tarrant, 2001). Si le conflit n'est pas résolu, cela peut conduire à un plus grand évitement dans le groupe (MacKenzie et Tschuschke, 1993). Les conflits sont inévitables dans le groupe et l'un des moyens de les désamorcer est de mettre en place une stratégie de résolution de conflit et ainsi d'anticiper (Corey, Corey et Corey, 2018). Certains auteurs suggèrent de demander aux membres de prédire comment ils sont susceptibles de gérer les conflits au sein du groupe et ensuite de travailler sur des moyens efficaces de gérer le conflit (Corey, Corey et Corey, 2018). Par exemple, le thérapeute doit encourager les membres à parler ouvertement du conflit (exprimer leur point de vue et leurs émotions), cela peut même

avoir un impact positif sur l'alliance, les membres prennent alors conscience de la solidité des relations dans le groupe (Yalom et Leszcz, 2005).

4.3.2 Les défis de l'intervention de groupe

Il existe plusieurs défis auxquels l'intervenant doit faire face lorsque ce dernier fait de l'intervention de groupe. Tout d'abord, l'intervenant ne doit pas faire de l'intervention individuelle (Bertheau, 2006). Il doit éviter d'avoir une discussion avec une seule personne pendant un certain temps sans impliquer les autres membres du groupe. Cela aurait sinon pour conséquence que les autres membres du groupe écouterait l'échange, mais n'en retireraient rien d'enrichissant individuellement (Bertheau, 2006). Il doit également favoriser le partage entre les membres (Yalom et Leszcz, 2005).

En outre, les recherches démontrent que l'intervenant, pour avoir des résultats positifs, ne doit pas prioriser le contenu (Bertheau, 2006), mais plutôt les interactions sociales. Effectivement, il existe quatre facteurs pouvant influencer le traitement thérapeutique (Lambert, 1992). Le premier correspond aux facteurs de changement extra thérapeutique, soit les caractéristiques personnelles du client et son environnement. Le second facteur de changement fait référence aux techniques, aux méthodes et au contenu utilisés par le thérapeute. Le troisième est la relation, c'est-à-dire le lien entre le client et le thérapeute, soit l'alliance thérapeutique. Le dernier facteur de changement est le facteur d'espérance, qui équivaut à la croyance du client envers l'efficacité du traitement. Duncan, Miller, Wampold et Hubble (2010) se sont inspirés de ce modèle pour étudier l'impact de chaque facteur sur le cheminement thérapeutique du client. Le facteur qui influence le plus le traitement est le facteur extra thérapeutique. Il contribue à 40% du changement. Le facteur relationnel influence le changement à hauteur de 30%. Tandis que, le facteur d'espérance et le facteur technique ne représentent que 15% (chacun) du changement. Ces pourcentages varient selon les études, mais l'importance de la relation thérapeutique reste essentielle au cheminement du client, alors que les méthodes et le contenu donnés par le thérapeute le sont moins (Thomas, 2006). Ce constat se vérifie également lors des thérapies de groupe, les clients accordent beaucoup d'importance aux facteurs relationnels (Holmes et Kivlighan, 2000).

L'intervenant doit également prendre conscience des différences de motivation entre les membres et intervenir en fonction (Wagner et Ingersoll, 2015). Certaines personnes dans le groupe sont là par obligation (ordonnance de la Cour, pression des proches, etc.). Le rôle de l'intervenant est alors de structurer les conversations de groupe dans le but d'augmenter la motivation de certains et d'éviter que les personnes moins motivées influencent négativement la dynamique du groupe (Wagner et Ingersoll, 2015). L'intervenant, pour structurer une conversation de groupe, se doit de définir une thématique précise, faciliter la discussion en demandant le point de vue de chacun, créer des liens entre les membres, relancer la discussion lorsque le sujet s'épuise ou encore, approfondir certaines questions (Corey, Corey et Corey, 2018; Sobell et Sobell, 2011; Wagner et Ingersoll, 2015).

5. PROBLÉMATIQUE

À la lumière de ce qui précède, l'état des connaissances permet de constater que l'alliance thérapeutique est un facteur thérapeutique important dans l'intervention de groupe. Ce rapport s'intéresse aux facteurs associés à l'alliance thérapeutique de groupe et souhaite répondre à trois principaux objectifs. D'abord, ce rapport permettra de mieux saisir les concepts d'alliance thérapeutique de groupe, autant du point de vue de l'intervenant que de celui des clients. De plus, seront étudiés les mécanismes de l'alliance de groupe influençant le traitement. Enfin, seront examinés les facteurs permettant le développement (ou affectant) l'alliance thérapeutique au sein d'un groupe. Ce projet académique permettra donc d'approfondir un sujet qui fait encore débat au sein de la littérature, notamment lorsqu'il s'agit de groupe ouvert.

CHAPITRE 2 : MÉTHODOLOGIE

1. MILIEU DE STAGE

Pour mieux comprendre les résultats de ce rapport, il est important de préciser dans quel contexte l'intervention de groupe étudiée s'est effectuée ainsi que certaines caractéristiques de la clientèle concernée.

1.1 Le centre ASPA : missions et approches

Le Centre ASPA (Approche Sécurisante pour les Polys toxicomanes Anonymes) est un organisme professionnel communautaire de traitement de la dépendance. L'approche thérapeutique est centrée sur les théories cognitivo-comportementales et humanistes. Le postulat de base de l'approche du centre est celui-ci : l'individu a la capacité de se prendre en charge et de modifier ses habitudes de vie. La démarche vise la responsabilisation de la personne, le but est donc d'accompagner le client dans ses objectifs et non de lui fournir un chemin tout tracé. De cette manière, il se peut que la démarche passe par la réduction des méfaits, et non pas toujours par l'abstinence. Les participants développent chacun leur propre plan d'action et décident donc des objectifs qu'ils désirent atteindre.

L'expertise du centre se déploie dans deux principaux services : de groupe et individuel. Le service de réhabilitation de groupe pour adultes souffrant de dépendances est intensif, externe et administré par une équipe de professionnels issus de différents programmes universitaires : criminologie, sexologie, diplômé d'intervention en toxicomanie. Il ne s'agit donc pas d'un programme de soutien par les pairs ni d'un centre interne de désintoxication. Le programme étant externe, les participants peuvent immédiatement mettre en pratique ce qui se voit dans le jour en atelier. Le second service, le suivi individuel de soutien est accessible pour toute personne affectée par le phénomène de la dépendance : personne dépendante elle-même (qu'elle ait suivi le programme à ASPA ou non), famille, entourage. Ce service est offert pour les personnes qui ont déjà suivi le groupe et qui souhaitent maintenir et consolider leurs

acquis. Il s'adresse également aux personnes qui n'ont pas la possibilité de suivre le traitement de groupe.

1.2 Portrait général de la clientèle

Selon le rapport annuel de 2017-2018 la plupart des clients sont polys toxicomanes. L'alcool est la substance la plus souvent consommée suivie de la cocaïne et du cannabis. La clientèle est composée de 56% de femmes et de 44% d'hommes. On observe que 62% de la clientèle nomme avoir un dossier criminel et que 56% présentent des troubles de santé mentale. Au centre ASPA, 67% des clients ayant participé à l'évaluation requise pour entrer dans le programme de groupe ont complété la thérapie et 97% de la clientèle n'en est pas à sa première thérapie. Il est important de souligner que certains des clients suivent le traitement par obligation (ordonnance de la Cour) ce qui a un impact direct sur leur motivation et la dynamique de groupe.

2. MÉTHODOLOGIE QUALITATIVE

La recherche qualitative est : « une recherche qui produit et analyse des données, telles que les paroles écrites ou dites, et le comportement observable des personnes » (Deslauriers, 1991). Elle permet de traiter des données difficilement quantifiables, c'est-à-dire de décrire de manière approfondie des éléments liés à l'expérience vécue et aussi d'explorer le fonctionnement des personnes et des interactions entre elles (Aubin-Auger et al., 2008). Cette méthode permet aussi d'étudier les émotions, les sentiments des patients, ainsi que leurs comportements et leurs expériences personnelles (Aubin-Auger et al., 2008).

Le but de ce rapport étant de comprendre un phénomène, de le décrire, en utilisant le point de vue des clients et des intervenants, c'est la méthode qualitative qui se prête le mieux à ce sujet (Yin, 2009). L'objectif étant de saisir la complexité et l'importance de l'alliance dans les groupes thérapeutiques et comment l'améliorer. C'est un sujet qui à ce jour a peu été étudié par des études qualitatives et les études quantitatives démontrent certaines limites (manque de

cohésion dans la définition des concepts, multiplication des outils de mesure et résultats hétérogènes) (Dion, 2000).

2.1 Les sources de données

2.1.1 L'étude de cas

L'étude de cas est une méthode de recherche d'analyse intensive d'une unité, d'une personne ou d'une communauté (Hamel, 1997). L'étude de cas, est une approche de recherche permettant l'étude d'un phénomène d'intérêt particulier (le cas) dans son contexte naturel et sans manipulation par le chercheur (Yin, 2009). La définition de l'étude de cas est large, ce n'est pas une méthode en soi, mais plutôt une approche qui fait appel à plusieurs méthodes. L'étude de cas permet une compréhension des phénomènes, des processus et des personnes (Gagnon, 2005).

Dans le cadre du présent rapport de stage, l'objectif est d'étudier le phénomène de l'alliance thérapeutique à travers le vécu des participants et d'une intervenante. L'étude de cas correspond donc aux objectifs poursuivis. Pour atteindre cet objectif, six entretiens semi-dirigés ont été réalisés.

2.1.2 Les entretiens semi-dirigés

L'entrevue peut être libre, semi-dirigée ou directive, c'est souvent la source de données la plus importante dans l'étude de cas (Corbière et Larivière, 2014). Elle permet de recueillir le point de vue des personnes interrogées, elle donne la parole aux acteurs eux-mêmes et à leur réalité (Corbière et Larivière, 2014). L'entretien semi-dirigé n'est pas un interrogatoire, mais un dialogue orienté autour de certains thèmes (Corbière et Larivière, 2014). Lors des entretiens une certaine directivité a été mise en place; plusieurs thèmes ont été abordés : l'expérience thérapeutique de groupe, les éléments de l'alliance de groupe, l'influence de l'alliance de groupe sur le traitement et les facteurs qui l'influencent.

2.1.3 L'échantillon

Cinq participants ont été interviewés et une intervenante. Pour sélectionner les participants nous avons privilégié plusieurs critères permettant d'avoir un panel le plus diversifié possible : suivant l'âge, les objectifs à atteindre, la substance consommée et l'obligation ou non de suivre le traitement. Nous avons ensuite présenté notre projet aux candidats ayant fini le traitement et présentant ces différences. Les participants qui ont accepté de mener l'entrevue ont tous été retenus. De plus, dans un souci de diversité nous avons également interviewé une intervenante que nous avons choisie au hasard parmi le groupe d'intervenant. Avant la réalisation des entretiens, les participants ont été informés de l'objet du présent rapport. Par la suite, un formulaire de consentement leur a été fourni, précisant qu'ils pouvaient se retirer du projet à tout moment. Les interviewés ont unanimement consenti à être enregistrés à des fins de retranscription de leurs propos. Les entretiens ont une durée moyenne d'une heure et se sont déroulés dans un bureau du centre ASPA.

Les clients n'ont pas tous suivi le traitement au centre ASPA en même temps. Ils ne faisaient donc pas partie du même groupe. Cette information est importante car suivant la composition du groupe et sa taille, l'expérience vécue par les participants peut être différente. Tous les interviewés ont, en plus de leur traitement au centre ASPA, suivi d'autres traitements dans différentes structures, ce qui leur permet de faire des comparaisons entre les différents organismes. Le CRDM, soit le centre de réadaptation en dépendance de Montréal est nommé par Lucie et Sandrine. Il s'agit d'un centre de traitement de la dépendance qui propose entre autres un service de désintoxication et des traitements de groupe et individuel. Paul, Sandrine et Éva sont des participants qui ont été présents dans le groupe de traitement lors de mon stage, ce sont donc des personnes que je connais mieux avec qui j'ai développé une relation professionnelle. Tous les noms qui ont été donnés sont fictifs dans un souci de confidentialité et sont utilisés pour permettre une compréhension plus claire de ce rapport.

La première personne Paul⁹, qui a été interviewée est un homme qui consomme du cannabis, il est âgé de 53 ans. Il a été contraint par la Cour de faire une démarche au centre ASPA, mais il est motivé à arrêter sa consommation. Il a eu d'autres traitements en lien avec sa consommation et son délit lors de son séjour dans un pénitencier avec un psychiatre. Sa consommation lui permet d'oublier son passé, d'oublier sa culpabilité en lien avec ses délits. Ce n'est pas sa première démarche au centre, il apprécie beaucoup l'équipe ce qui a un impact positif sur sa motivation. Paul est un participant avec qui a été présent lors de mon stage et avec qui j'ai créé un lien de confiance.

La seconde personne, Sandrine est une femme d'une cinquantaine d'années qui a fait une première démarche au centre ASPA en 2012 et qui a arrêté de consommer de l'alcool depuis ce jour. Elle a souhaité refaire une démarche de groupe, car elle souffre d'anxiété sociale et d'isolement. C'est une personne motivée, mais qui ne parvient pas à mettre en place des actions concrètes pour sortir de son isolement. Elle a un diagnostic de trouble de la personnalité limite. Elle a également suivi un traitement individuel au CRDM, qui est terminé aujourd'hui, dans le but d'arrêter de boire de l'alcool. C'est une personne qui a été présente dans le groupe de traitement durant mon stage. Lors de sa première journée de traitement, elle s'est fait voler de l'argent dans son porte-monnaie, ce qui a compliqué sa relation avec les autres participants.

La troisième personne, Lucie est une femme qui a fait une démarche au centre ASPA il y a trois ans et une démarche de groupe au CRDM dans le but d'arrêter de consommer de l'alcool il y a environ 8 ans. Elle est âgée d'une cinquantaine d'années. Elle a un diagnostic de trouble de stress post-traumatique. Elle est motivée à arrêter de consommer, mais rechute régulièrement. Ce n'est pas une personne qui a fait le traitement durant mon stage, c'est la directrice du centre qui l'a référé et elle a bien voulu passer l'entrevue aux fins du présent rapport.

⁹ Dans un souci de confidentialité et de clarté du texte tous les noms qui ont été utilisés sont fictifs.

La quatrième personne interrogée, Laure, est une ancienne cliente, elle a 45 ans. C'est une personne qui a un diagnostic de trouble bipolaire et lors de l'entretien elle était amorphe, due à une prise de médicaments. L'entrevue n'a duré que dix minutes. Ce n'est pas non plus une personne qui a été dans le groupe de traitement lors de mon stage. Elle a aussi été référée par la directrice du centre ASPA.

La cinquième personne qui a été interviewée est une femme de 42 ans, Éva. Elle a déjà fait une démarche au centre ASPA il y a 5 ans mais souhaitait en refaire une. Elle a aussi fait plusieurs aux traitements dans divers organismes pour ses problèmes de consommation et de dépression. Depuis qu'elle est en arrêt maladie, sa consommation a augmenté, son objectif est de limiter sa consommation d'alcool. Elle est très motivée, mais elle manque de moyens pour limiter sa consommation. Sa consommation lui permet de gérer ses émotions autant positives que négatives. C'est une personne extravertie. C'est une personne que j'ai pu suivre dans les groupes de traitement durant mon stage.

La sixième personne est une intervenante du centre ASPA, Léa. Elle a un baccalauréat en sexologie, un baccalauréat en travail social et une maîtrise en intervention en toxicomanie. Elle travaille au centre ASPA depuis 11 ans et elle a également de l'expérience en intervention de groupe auprès de délinquants sexuels. Elle anime les ateliers « sexologie » c'est-à-dire : sexualité et consommation, infections transmissibles sexuellement et par le sang, image corporelle, famille, mécanismes de défense, valeurs, amour et séduction.

2.1.4 Les observations

Certaines observations ont été réalisées tout au long de mon stage. Paul, Sandrine et Éva ont été des clients du centre ASPA et ont participé au groupe de traitement durant mon stage. J'ai donc pu faire des observations tout au long de leur traitement et nouer avec eux une relation de confiance. Lors de mon stage j'avais, soit un rôle passif, j'observais ce qui se passait dans le groupe, je notais les différentes interactions entre les membres, leurs réactions, ou soit un rôle actif, j'animais un atelier ou une partie, dans le groupe de traitement. Lorsque j'intervenais, je notais également ce que j'observais et cela me permettait d'aller poser

certaines questions aux participants. Ces observations ont été utilisées pour enrichir ce rapport de stage.

2.2 L'analyse des entretiens

Afin d'analyser les données recueillies lors des entretiens, une analyse verticale et horizontale a été menée. L'analyse verticale consiste à analyser chaque entretien pris isolément. L'analyse horizontale elle, vise à comparer les analyses verticales des sources de façon à générer une interprétation de l'ensemble du matériel (Gaudet et Robert, 2018). Ces analyses permettent de tirer les grands thèmes communs à chaque entretien pour répondre à la question de recherche (Gaudet et Robert, 2018). Elles consistent à « *transposer d'un corpus donné en un certain nombre de thèmes représentatifs du contenu analysé, et ce, en rapport avec l'orientation de la recherche* » (Paillé et Mucchielli, 2008).

Plusieurs thèmes ont été abordés lors des entrevues semi-dirigées en lien avec la problématique et les éléments soulevés dans le chapitre 1. La première question posée aux participants était large et libre d'interprétation : « Comment avez-vous vécu l'expérience de groupe? ». Par la suite, suivant les réponses des participants, les questions étaient plus précises dans le but de pouvoir aborder trois thèmes lors de l'entretien : les caractéristiques de l'alliance de groupe, l'impact de l'alliance de groupe sur le cheminement personnel des clients et les facteurs qui favorisent ou nuisent à l'alliance.

Une fois les entretiens terminés, la première étape a été de faire un verbatim pour chaque entretien. Les verbatim ont été rédigés, le matériel a été lu à plusieurs reprises dans le but de tirer des réflexions générales et de commencer à faire les liens avec ce qui a été vu dans la recension des écrits et les objectifs du rapport. La troisième étape, a été de diviser les entretiens suivant des thèmes, les thèmes sont des éléments qui se répètent dans les verbatim (Gaudet et Robert, 2018). Ensuite, un tableau a été créé avec les citations des interviewés en lien avec chaque thématique. Cette étape permet de mettre en lumière les différences et les

points communs entre les entretiens. Pour finir, le tout a été divisé en thèmes principaux et en sous-thèmes.

2.3 Limites de l'étude

Ce rapport de stage comporte certaines limites. Premièrement, il est possible qu'il y ait un biais de désirabilité sociale qui altère l'entrevue avec les participants. En tant que stagiaire un lien a été créé avec certains participants, il est possible que ces derniers, pour ne pas déplaire, omettent certains aspects négatifs de leur relation avec les intervenants. Deuxièmement, deux des participants qui ont été interrogés ont participé au groupe de traitement il y a plusieurs années. Cela peut avoir pour conséquences l'oubli de certains détails de leurs expériences. Pour finir, la faible taille de l'échantillon ne permet pas d'atteindre le principe de saturation. Cependant, ce rapport permet d'approfondir les concepts ainsi que l'impact de l'alliance thérapeutique de groupe sur le cheminement des participants et la manière dont les thérapeutes peuvent favoriser l'alliance.

CHAPITRE 3 : PRÉSENTATION DES RÉSULTATS

1. DÉFINITIONS ET PERTINENCE DE L'ALLIANCE THÉRAPEUTIQUE DE GROUPE

Dans le cadre des entretiens, les participants ont partagé les caractéristiques qui, à leurs yeux, définissent une bonne alliance de groupe, autant avec le thérapeute qu'avec les autres membres. Six caractéristiques sont ressorties comme étant des éléments essentiels à une bonne alliance soit : le respect et l'écoute, l'ouverture d'esprit et la tolérance, la confiance, la participation, la convivialité et les similitudes entre les membres. Dans un souci de confidentialité et de clarté du texte tous les noms qui ont été utilisés sont fictifs.

1.1 Caractéristiques de l'alliance thérapeutique de groupe

1.1.1 *Le respect et l'écoute*

Le respect est un élément essentiel à la construction d'une bonne alliance thérapeutique comme le nomme Laure : « *C'est que tout le monde se respecte, chacun écoute l'autre quand il parle.* » En effet, c'est un élément de base. Si les clients n'ont pas de respect les uns envers les autres ou envers le thérapeute, une relation de confiance ne peut pas se bâtir. L'écoute est aussi importante, c'est une notion qui est directement liée au respect. Une personne qui ne se sent pas écoutée, ne se sentira pas respectée. Toutes les personnes interrogées nomment ces points comme éléments de la définition d'une bonne alliance. Éva pense que la base d'une bonne relation passe par le respect et l'écoute : « *Respect, qu'on s'écoute, puis qu'on se porte respect, puis une bonne relation c'est ça. Je veux dire ça c'est le début, après ça dépend de nos intérêts, nos goûts, t'sais* ».

Par ailleurs, les clients et l'intervenante soulignent aussi dans ces citations l'importance du respect et de l'écoute pour bâtir l'alliance thérapeutique.

« D'abord le respect, la communication puis l'écoute, je pense, pour que ça aille bien ça prend du respect, ça prend de l'intérêt envers l'autre un peu, fait que je pense que c'est pas mal ça. Respect, écoute, communication. » (Sandrine)

« La cohésion, je pense qu'il faut absolument du respect. C'est sûr que si on ne sent pas qu'on est respecté ça ira pas la confiance, ça va un peu ensemble. La cohésion c'est l'écoute de la part de tout le monde. » (Léa)

« D'être à l'écoute des autres, de pas juger les autres, de pas condamner l'autre, de pas s'obstiner, de pas avoir des échanges agressifs verbaux avec, ouais, c'est ça là, juste écouter et se sentir écouté. » (Paul)

C'est au thérapeute de fixer des règles claires par rapport à l'importance du respect entre tous les participants et de l'écoute (Yalom et Leszcz, 2005). Cela se fait notamment lors des séances de prétraitements d'après la littérature scientifique (Sobell et Sobell, 2011).

1.1.2 L'ouverture d'esprit/la tolérance

L'ouverture d'esprit fait référence à la tolérance des membres du groupe et du thérapeute. Lucie dit qu'« *Il faut qu'on puisse sentir l'ouverture, le non-jugement, l'accueil, l'empathie, la gentillesse.* ». L'intervenante souligne également ce point comme étant un élément indispensable de l'alliance « *C'est sûr que l'idéal c'est que tous les participants soient un minimum chaleureux, au moins qu'ils soient ouverts à la nouvelle personne.* ». Enfin, la citation de Sandrine met une fois de plus l'importance de l'ouverture d'esprit au cœur de l'alliance thérapeutique : « *On était habitué avec Mathilde puis euh, celui qui travaillait ici Jean, puis il y avait quelqu'un d'autre aussi Anne (des intervenants du centre ASPA). C'étaient des personnes ouvertes, compréhensives contrairement à l'autre qui était bête.* »

C'est au thérapeute dans un premier temps, de faire preuve d'ouverture d'esprit dans le but de transmettre cette attitude aux participants (Corey, Corey et Corey, 2018). Le non-jugement permet aux membres d'être naturels et de ne pas avoir de crainte à participer, favorisant une bonne alliance entre eux (Yalom et Leszcz, 2005). Il a même été démontré dans une étude qu'un des trois traits de personnalité associés à des résultats thérapeutiques positifs est l'ouverture d'esprit (Yalom, 1966).

1.1.3 La confiance

La confiance est un élément déterminant de l'alliance thérapeutique (Bordin, 1979). Elle se bâtit tout au long de la relation thérapeutique autant avec les membres qu'avec le thérapeute (Bernard et al., 2008). La confiance est nécessaire pour les personnes toxicomanes, car elles ont tendance à être méfiantes (Klinkenberg, Calsyn et Morse, 1998). Il y a plusieurs attitudes du thérapeute permettant d'instaurer ce climat de confiance comme l'écoute active, l'empathie, la sincérité, le respect et la confiance en les capacités du client qui seront développées plus loin (Corey, Corey et Corey, 2018 ; Miller et Rollnick, 2013).

Paul mentionne que dans son cas, il se sent en confiance lorsqu'il est à l'aise pour aborder certains sujets plus intimes dans le groupe, sans crainte d'être jugé.

« Au début j'avais peur de parler, surtout j'avais de la misère avec la prison, je voulais pas parler de ça au début ! Je voulais pas que le monde sache que j'étais en prison, maison de transition toute le kit, mais j'ai pu en parler. Je voulais pas en parler parce que je pensais que le monde allait me juger c'est ça. » (Paul)

Les citations de l'intervenante démontrent que la confiance est primordiale pour la participation et le partage au sein du groupe.

« S'il y a pas la confiance, s'il y a un membre du groupe en qui on n'a pas confiance, par exemple après la disparition de l'argent, c'est sûr que dans ce contexte là, on doit pas avoir envie de partager sur sa vie. » (Léa)

« Parce que je pense que si on n'a pas un bon lien avec l'intervenant, on n'a pas envie de partager, on n'a pas envie de s'ouvrir si on fait pas confiance, si on est comme en genre de confrontation (...) Si le client a un bon lien avec l'intervenant je pense qu'il va avoir peut-être plus envie de parler, de s'ouvrir et de faire confiance. » (Léa)

Lucie mentionne que la confiance est directement liée à une bonne relation avec l'intervenant.

« Moi j'ai faite du suivi individuel pendant une coupe d'années avec Jean qui est plus intervenant ici. Puis après ça, j'ai changé pour être avec Mathilde, puis c'est ça ! J'ai un super bon lien avec, je me sens en confiance, elle me connaît bien, elle sait comment me prendre, euh pour moi c'est une référence, si je feel pas je sais qu'elle est disponible, je peux compter sur elle. » (Lucie)

1.1.4 La participation

La participation joue un rôle primordial dans l'alliance thérapeutique. En effet, lorsque tous les membres participent, ils se sentent plus à l'aise pour partager à leur tour et ainsi la discussion peut faire cheminer les clients. La participation est un concept qui est évalué par la plupart des outils de mesure de l'alliance thérapeutique. En effet, la « Group Cohesiveness Scale » (GCS, Budman et al. 1987) évalue la cohésion entre les membres du groupe suivant le partage de certaines informations personnelles. De fait, l'intervenante Léa explique que la participation des membres du groupe peut engager la personne dans le processus de changement : *« Si la personne est moins motivée, de voir que tous les autres participent et qu'ils sont sérieux dans leur démarche, ça peut avoir un effet positif ».*

Paul et Lucie soulignent l'importance de la participation au sein du groupe :

« Bien, c'était bien tout le monde participait. Je me suis reconnu beaucoup dans certaines personnes. (...) T'sais l'activité sexuelle là, elle posait des questions là-dessus Katherine, et le groupe il semblait pas gêné de parler de ça ! Alors que moi ça aurait pu me mettre mal à l'aise. Je trouvais que j'étais à ma place quand je parlais de ça. » (Paul)

« Être conscient des autres, puis se donner aussi là. Je veux dire, tu sais, on est en thérapie, fait que je me dis : moi je m'ouvre ! Donc je m'attends aussi à ce que les autres s'ouvrent dans le respect d'eux même là. » (Lucie)

1.1.5 La convivialité

La convivialité est une des caractéristiques qui ressort comme étant importante dans un groupe thérapeutique. Les clients insistent sur l'importance de pouvoir rire malgré la lourdeur des sujets abordés en atelier. La citation de Sandrine, démontre bien cette nécessité.

« Quand tu vois que les gens sont heureux dans le travail ça se perçoit aussi à notre niveau à nous. L'ambiance est toujours chaleureuse ici, grâce à vous autres l'équipe (...) T'sais, je comprends que quand on est dans un processus thérapeutique il y a un volet où tu ne peux pas rire. Mais moi, j'ai bien besoin de rire, pas tout le temps, mais j'ai besoin d'être dans un contexte un peu convivial. C'est ça que je suis venue chercher ici. » (Sandrine)

Lucie insiste sur l'importance d'une ambiance amicale et chaleureuse au sein d'un groupe : *« C'est sûr que quand on peut rire en même temps qu'on travaille c'est toujours plus agréable. »* Ainsi que Lucie qui dit :

« À Cormier, on était un groupe exceptionnel supposément, on était une dizaine, peut-être plus ... seize en tout. Puis euh, on était un groupe, on s'entendait bien, on riait beaucoup, on jasait beaucoup donc c'était assez exceptionnel comme groupe. » (Lucie).

En résumé, la convivialité et l'humour semblent essentiels pour les clients en intervention de groupe. Il est nécessaire d'utiliser l'humour pour mettre en perspective certains des problèmes vécus par les clients (Corey, Corey et Corey, 2018). Les auteurs estiment également que l'humour permet de relâcher la tension au sein du groupe (Corey, Corey et Corey, 2018). Il est donc important d'assurer une ambiance chaleureuse au sein d'un groupe thérapeutique en utilisant l'humour.

1.2 L'impact des relations (thérapeute/membres) sur le cheminement du client

Comme l'a démontré la littérature, les personnes présentant un problème de dépendance sont plus à risque d'abandonner le traitement et sont difficiles à engager (Meier, Barrowclough, et Donmall, 2005a). Un des moyens d'améliorer les effets positifs du traitement est de développer une bonne alliance (Meier, Barrowclough, et Donmall, 2005a). Selon les réponses des participants et de l'intervenante, une bonne alliance thérapeutique permet une meilleure révélation de soi, le partage de conseils et d'idées, et dans certains cas, d'augmenter la motivation. Cependant, la relation avec les autres membres peut présenter des désavantages (qui seront étudiés dans un prochain paragraphe).

1.2.1 La révélation de soi

La cohésion favorise la révélation de soi (Yalom, et Lescz, 2005). D'après Yalom et Lescz, (2005) la révélation de soi permet au membre de se sentir plus en confiance. Effectivement selon les réponses des personnes interrogées, lorsqu'un client révèle quelque chose de personnel et ne se sent pas jugé par les autres membres, la personne se sent comprise et acceptée. Ce sentiment est d'autant plus important chez les personnes dépendantes qui sont généralement marginalisées (Bibeau, 1997). De fait, certaines études démontrent qu'il existe un lien entre la révélation de soi et des résultats positifs du traitement (Burlingame, Fuhriman et Johnson, 2002).

Comme l'exprime Lucie, l'échange permet de créer une certaine intimité dans le groupe, un sentiment de confiance.

« Pouvoir m'exprimer librement, l'échange, puis comme on vit toute la même chose il y a une compréhension entre nous. On n'est pas obligé de s'expliquer en long puis en large puis, euh, c'est sûr, c'est l'échange beaucoup. On parle beaucoup en atelier, on raconte nos choses tout ça, donc ça crée une intimité. » (Lucie)

1.2.2 Le partage de l'expérience et des idées

Le fait d'être en groupe et de pouvoir partager des conseils, des expériences, des idées et de voir le regard que les autres portent sur chacun peut faire avancer les participants au groupe d'après les répondants. Les participants se donnent entre eux des outils, par exemple, la cliente 1 a dit : « (...) *on a parlé d'applications, j'ai trouvé des nouvelles applications de mandala et de méditation puis ça, ça permet de diminuer un peu mon anxiété.* »

Laure et l'intervenante Léa, indiquent que le contact avec les autres a été bénéfique, car il permet de cheminer grâce aux conseils et aux idées des autres participants.

« C'est sûr que le groupe, je pense, que ça peut ajouter dans le sens où t'as des regards extérieurs, tu vois aussi les autres comment ils vivent chacun leur situation. C'est sûr qu'il y a un sentiment d'appartenance aussi et de soutien, mais ça peut aussi amener des irritants et certaines confrontations là, mais qui sont comme un outil bénéfique là, au niveau du travail sur soi. (...) Ben une confrontation d'idée ou justement si on manque de perspective ça peut changer notre perception là. » (Laure)

« Je pense aussi que les clients peuvent bénéficier de l'expérience des autres personnes, des trucs, euh de ce qu'ils font, puis de ce qui va bien et d'être inspiré aussi par leurs belles réussites, leurs belles expériences et puis je pense aussi qu'il doit y avoir pour certains une dimension d'entraînement. » (Léa)

1.2.3 L'augmentation de la motivation

Dans les réponses des personnes interrogées, être en groupe peut favoriser la motivation des membres, susciter l'espoir en voyant les autres réussir. Les membres prennent conscience de la possibilité d'atteindre leurs objectifs en étant en contact avec les autres (Berteau, 2006). Les citations suivantes mettent en avant l'importance des liens avec les autres membres sur la motivation. Effectivement, pour la cliente 1 être en contact avec des personnes résilientes l'inspire.

« La première fois que je suis venue, c'était extraordinaire, car j'avais des affinités avec certains participants, c'était des gens qui m'inspiraient, je voyais qu'ils faisaient des efforts pour s'en sortir. » (Paul)

Laure et l'intervenante Léa, soulignent que le lien créé avec le groupe a un effet positif sur la motivation et sur l'envie de venir en traitement.

« Sinon au niveau du groupe euh ben, quand la dynamique de groupe est bonne et agréable ça fait que c'est agréable aussi de venir tous les jours avec ces personnes-là. C'est sûr qu'il y a des liens qui se créent. » (Laure)

« Si la personne est moins motivée de voir que tous les autres participent et qu'ils sont sérieux dans leur démarche, ça peut avoir un effet positif. Et de pas vouloir être ostracisé non plus, c'est-à-dire être la personne qui participe pas. » (Léa)

1.2.4 Les limites de l'intervention de groupe

Cependant, le groupe a des limites par rapport à l'intervention individuelle (Mosnier-Pudar et Hochberg-Parer, 2008). Il est important de rappeler que les clients interrogés ont tous (en plus du traitement de groupe) suivi un traitement individuel soit : au centre ASPA (pour Paul, Sandrine, Eva, Laure) ou au CRDM (pour Lucie). Cette précision est importante, car cela peut influencer les réponses. En effet, les répondants rapportent que l'intervention de groupe a aussi des désavantages, par exemple : suivants les sujets abordés les clients ont de la difficulté à participer, les participants sont trop différents et ne parviennent pas à créer un lien, l'intervenant peut avoir de la difficulté à accorder de l'attention à chacun. À l'inverse, ces désavantages, d'après les répondants, peuvent être palliés par l'intervention individuelle qui permet une meilleure connaissance du client en abordant certains de ses besoins spécifiques, en creusant des sujets plus personnels.

Lucie et Laure confirment que les rencontres individuelles sont complémentaires au traitement de groupe et permettent d'approfondir leurs problèmes.

« Je pense qu'à un moment donné tu dois être en groupe pour la base. Une fois que la base est faite, là tu dois t'en aller en individuel. Tu sais, les ateliers c'est la base : les besoins, les valeurs... je me souviens pas de tout. T'sais, mais après c'est sûr que le groupe de thérapie il y a rien qui finit là. Tu as sorti un morceau, il en reste à sortir.

Mais là, à ce moment-là il faut que tu t'en ailles en individuel, car là ça devient plus profond ». (Lucie)

« C'est différent parce que justement en individuel c'est sûr que bon on focus vraiment sur moi, sur mes objectifs, sur mes problématiques, mais des fois aussi ça peu peut être amener à tourner en rond un petit peu plus qu'en groupe, où là chacun amène son vécu (...) Juste du groupe tu peux pas approfondir non plus. Tu travailles plus ou moins sur toi à moins que tu sois bien autonome. Moi j'ai quand même une grande capacité d'introspection, mais même à ça, parfois, j'ai besoin d'aller valider des choses, de parler de certaines choses, donc c'est sûr qu'il faut de l'individuel. Juste du groupe je pense pas que ça soit suffisant pour la thérapie. » (Laure)

2. FACTEURS INTERNES POUVANT AFFECTER L'ALLIANCE THÉRAPEUTIQUE

2.1 Attitudes et caractéristiques des clients

Certaines attitudes chez les clients vont influencer l'alliance de groupe. La motivation chez les participants, le fait d'avoir des points communs ou encore l'attitude en groupe vont avoir un effet sur l'alliance. En revanche, lors de l'analyse horizontale des verbatim, il apparaît que certains facteurs présents chez les interviewés n'ont pas d'influence sur l'alliance de groupe. En effet, par exemple, pour Sandrine qui souffre d'anxiété sociale et d'un diagnostic de personnalité limite, l'intégration au groupe a été difficile au début puis par la suite elle a créé des liens avec les autres participants. Il est possible de supposer que les difficultés vécues au début du traitement sont dues au vol dont elle a été victime. Éva, qui a le même diagnostic de santé mentale, n'a eu aucun problème d'intégration, de même que Laure. Les problèmes de santé mentale, l'âge, le sexe ne ressortent pas comme étant des modérateurs de l'alliance thérapeutique de groupe dans ce rapport. Une étude menée en 2014, démontre que l'anxiété des participants n'a pas d'influence sur l'alliance de groupe (Gallagher, Tasca, Ritchie, Balfour et Bissada, 2014). Cependant, peu d'études ont été menées sur le sujet (Burlingame, McClendon et Yang, 2018).

2.1.1 L'envie de cheminer

L'envie de cheminer ou la motivation est un élément qui ressort comme ayant une influence sur l'alliance thérapeutique (Meier, Barrowclough et Donmall 2005b). Il existe effectivement un lien entre la motivation, la reconnaissance d'un problème et l'alliance thérapeutique (Bernard et al., 2008; Meier, Barrowclough et Donmall 2005b). Yalom et Leszcz (2005) vont jusqu'à dire que si une personne n'est pas motivée et qu'elle est obligée de suivre le groupe parce qu'elle subit des pressions extérieures alors, elles ne devraient pas être acceptées dans le groupe.

Les clientes ainsi que l'intervenante dans ces extraits démontrent que les personnes moins motivées peuvent avoir un impact négatif sur la cohésion du groupe.

« La première fois que je suis venue, c'était extraordinaire, car j'avais des affinités avec certains participants, c'était des gens qui m'inspiraient, je voyais qu'ils faisaient des efforts pour s'en sortir (...), mais la deuxième fois, je me disais : est-ce qu'ils sont ici de leur plein gré ou est-ce que y'en a qui sont obligés d'être là? Mais j'avais l'impression que y'en a qui étaient là car ils avaient pas le choix, puis ça, c'est plate, car ils sont pas motivés, puis moi ça m'atteint » (Sandrine)

« Comme je disais, je trouvais que le groupe me convenait moins. Les gens semblaient plus ou moins motivés à vouloir s'en sortir puis ça c'était vraiment important pour moi. Je sentais plus ou moins d'honnêteté de la part de certaines personnes, mais c'est très personnel ce que je dis. Donc je trouvais ça moins stimulant comme groupe (...). Pour les participants quelqu'un qui arrive ici qui est plus ou moins motivé ça paraît pour moi, ça a des répercussions négatives, car moi je me détache de ces personnes là. C'est moins le fun pour l'équipe, car l'énergie est pas pareille. » (Lucie)

« Ça dépend vraiment beaucoup de la constitution du groupe. Il y a des gens qui fonctionnent moins bien dans des contextes sociaux (...), s'il y a des gens qui ne prennent pas leur cheminement au sérieux puis qui en parlent entre eux, ça peut avoir un effet négatif. » (Léa)

2.1.2 Les points communs entre les membres du groupe

Comme cela a été souligné dans la littérature scientifique, il est important pour avoir une bonne alliance thérapeutique de groupe que les membres aient des points communs (Yalom et Leszcz, 2005). Cela permet de créer un sentiment d'appartenance. Effectivement, Éva nomme : « *C'est sûr que si les gens ont les mêmes valeurs aussi ça aide.* » Cette constatation est également faite par Laure : « *De voir que j'étais pas toute seule, de voir qu'il y en avait qui avait les mêmes problèmes que moi, là. On avait les mêmes problèmes donc on se reconnaissait l'un dans l'autre là.* » Wagner et Ingersoll (2015) insistent sur le fait que les liens se créent plus facilement lorsque les personnes ont un statut ou une difficulté commune. L'homogénéité entre les membres est très importante pour améliorer la cohésion de groupe (Sobell et Sobell, 2011; Yalom et Leszcz, 2005). D'après les répondants, lorsque les membres du groupe se rendent compte que les autres partagent les mêmes problèmes, ils sont amenés à parler plus facilement de leurs préoccupations et ainsi développer une confiance sans peur d'être jugé.

Ce constat est également ressorti lors de l'entrevue avec Paul.

« Ben surtout sur le passé, des gens qui ont vécu des affaires similaires aux miennes. Sur la consommation qu'ils avaient puis sur le, la cocaïne, ils avaient de la misère à s'abstenir de ça et moi avec. À moment donné dans ma vie, j'ai eu de la misère à m'abstenir avec ça et je sentais quasiment la souffrance qu'ils avaient à l'intérieur d'eux, les craving qu'ils avaient. » (Paul)

L'intervenante Léa estime que pour la cohésion de groupe, l'homogénéité entre les membres semble être un point positif.

« C'est sûr que ben, il existe des groupes justement, des groupes par exemple, pour les personnalités limites. Je pense que c'est beaucoup plus facile, car l'intervention est plus ciblée, est plus adaptée, je pense, dans le sens ou, peut-être, que l'intervenant il va pouvoir se permettre de donner des exemples qui vont être plus reliés à la réalité des TPL. Puis en même temps ça crée un sentiment d'appartenance, peut-être ça va se faire un peu plus facilement parce que là les gens vont dire ok on est vraiment pareil! » (Léa)

Dans ces extraits, il est possible de constater que lorsque les clients ont des points communs ou non, cela influence directement l'alliance de groupe et le cheminement du client.

« J'étais venue un matin et puis il y avait juste une autre personne et euh je suis jamais revenue. Je suis jamais revenue, car cette personne-là, je la sentais hyper agressive, weird, mauvaise énergie. Puis justement moi j'avais déjà faite un groupe où ça s'était bien passé puis j'avais décidé de revenir peut-être faire la thérapie, car j'étais dans un moment plus difficile, puis finalement quand j'ai vu cette personne-là je me suis dit non! Déjà je feel pas bien j'ai zéro besoin de ça. Même Mathilde (le directrice du centre ASPA) l'avait mis dehors cette personne-là, elle était partie consommer. Non c'était quelqu'un de problématique. (...) Des gens qui avaient des problématiques lourdes et là je me sentais pas du tout à ma place, je m'identifiais pas à ça! » (Lucie)

« Comme je te dis, je me suis pas attachée beaucoup, par contre, il y a eu quand même deux personnes avec qui on avait beaucoup d'affinités, donc c'était agréable, on avait des intérêts un peu semblables, donc ça donnait plus envie de venir en thérapie. » (Sandrine)

2.1.3 Les attitudes négatives

Les personnes qui ont des attitudes négatives, se plaignant beaucoup ou monopolisant toute l'attention, peuvent nuire à la cohésion de groupe comme le nomme Laure *« Il y avait une fille négative tout le temps puis c'était pesant. »*

Les clientes 2, 3 et 4 décrivent que les personnes ayant une attitude agressive peuvent avoir un impact négatif sur elles. Elles rapportent également que les personnes qui monopolisent l'attention, qui ne respectent pas les règlements ou qui sont froides empêchent la création d'un lien.

« Oui il y avait un volet groupe et un volet individuel. Dans le groupe c'était pas si pire, mais j'avais pas créé de lien vraiment. Il y avait une coupe de weirdo. Moi je suis bien sensible à ça, sitôt qu'il y a du monde un peu weird ou agressif, je me renferme. » (Sandrine)

« C'est le genre de personnalité qui monopolise toute l'attention des gens, j'aime pas ça! Puis il y a eu l'autre personne à côté de moi, car elle était arrivée ici en état d'ébriété. Qu'est-ce que tu fais en thérapie ? C'est tellement pas respectueux pour les autres. Donc ces deux personnes là, j'ai trouvé ça bin spécial! j'en revenais pas là. Sinon Vincent je le trouvais froid, mais c'était correct j'ai pas eu d'accrochage avec lui ben en fait avec personne. » (Sandrine)

« C'est sûr que si la personne passe son temps à passer des commentaires négatifs ça devient lourd, c'est pas nécessaire on est ici pour travailler, on va certainement sortir le négatif (...) quelqu'un qui est chialeux ça m'intéresse pas. » (Lucie)

« Quelqu'un qui fait juste parler de lui, qui écoute pas les autres! il y a plein d'affaires qui me gosse, en fait c'est pour ça que le groupe pour moi c'est un défi même si je m'en sors bien dans le groupe. Ben c'est ça, moi ça fait travailler ma tolérance parce que les gens, mettons qui sont fermés, qui manquent de respect ou qui sont tout le temps en train de parler d'eux, ça, ça m'irrite » (Laure)

2.2 Savoir être et faire du thérapeute

Le savoir-être ainsi que le savoir-faire du thérapeute contribuent grandement à la création de l'alliance thérapeutique (Ackerman et Hilsenroth, 2003). Les attitudes permettant le développement de l'alliance sont : les habiletés interpersonnelles, le professionnalisme, l'expérience de l'intervenant et le rôle d'animateur.

2.2.1 Habiletés interpersonnelles

Les habiletés interpersonnelles c'est-à-dire la manière d'interagir du thérapeute sont essentielles dans la création du lien de confiance (Ackerman et Hilsenroth, 2003). Les clients interrogés ont soulevé certains points importants concernant le savoir-être de l'intervenant qui favorise l'alliance : le respect, l'empathie, l'écoute, l'humour, l'ouverture, le soutien, la souplesse, reconnaître les besoins de la personne et croire en ses capacités. Pour Laure, *« Il faut qu'on puisse sentir l'ouverture, le non-jugement, l'accueil, l'empathie, la gentillesse (chez le thérapeute) »*. Les éléments soulevés par les clients et l'intervenante sur les

compétences interpersonnelles des thérapeutes ont également été validés par une étude menée en 2003 par Ackerman et Hilsenroth.

Sandrine a apprécié la relation qu'elle a créée avec les intervenants lors de ses six semaines à ASPA, elle met en évidence l'importance de l'implication de l'intervenant.

« Heureusement le rapport avec les intervenants s'est très bien fait, je trouve que vous avez une belle énergie, ça m'a fait énormément de bien. La relation avec les intervenants c'était génial! j'ai senti beaucoup de respect, puis d'écoute, ouais, surtout beaucoup d'humour, parce que des fois il faut dédramatiser aussi. Vous avez une belle vibe. Avec les intervenants c'était ben ben le fun. (...) Ça me va un intervenant sérieux s'il est très très dévoué, s'il me demande ça va Sandrine ? t'as l'air d'avoir de la misère. Ben là, je l'apprécierais quand même. Au moins elle est dévouée cette personne-là, elle est humaine. » (Sandrine)

« C'est rare que je trouve en général dans la vie quelqu'un qui va prendre le temps de s'intéresser à moi. Et toi, comment ça va ? Vous autres, vous nous demandé comment ça va. C'est l'un de temps en temps de se faire dire puis toi comment ça va ? tu m'a demandé comment vont mes chats, c'est extrêmement rare que quelqu'un me demande comment vont mes chats. Moi ça me touche parce que c'est ma vie privée ça, quand j'arrive chez nous c'est mes compagnons, donc moi ça me touche! Car pas grand monde me demande comment vont mes chats. » (Sandrine)

Comprendre la demande de la personne et ses objectifs est également une habileté que l'intervenant doit avoir, car elle permet le développement de l'alliance. C'est un point qui a aussi été soulevé par Bordin (1979) dans sa définition de l'alliance.

« Déjà quand tu es écouté, t'es pris au sérieux, qu'on reconnaît ton besoin que tu nommes, qu'on accepte de le travailler avec toi, c'est déjà beaucoup! Parce que des fois sois tu t'exprimes pas clairement ou que la personne saisie pas du tout ce que tu veux dire, ou toi-même tu veux travailler sur quelque chose, mais t'as du mal à l'identifier, si t'as pas d'aide pour l'identifier c'est difficile. » (Lucie)

L'intervenante pense qu'il est primordial de mettre à l'aise le participant dès le début du programme, en lui expliquant le déroulement de la séance et en normalisant ses réactions.

Elle souligne aussi l'importance de croire en son client, en ses capacités, d'être vrai, honnête et respectueux.

« Je pense que le fait qu'il y a eu une évaluation en premier ça aide, parce qu'il connaît le milieu. Il est déjà venu, il connaît au moins un intervenant, c'est pas nécessairement celui qui va l'accueillir à son entrée, mais au moins il a la référence d'une personne. Donc je pense que ça, c'est important. Ce qu'on fait nous, c'est que lorsqu'il arrive le matin on va aller se présenter, et puis le premier matin ben on prend un moment pour se présenter pour dire bienvenue à la personne. Moi ce que je fais, c'est que je prends toujours un 2/3 minutes pour leur expliquer le contexte de départ, ce qui risque de se passer pour eux la première journée, qu'ils seront fatigués, qu'ils auront peut-être pas envie de revenir, donc je les invite à venir m'en parler parce que c'est normal. Ça peut valoir la peine qu'ils continuent donc c'est normal de les encourager puis de normaliser leurs sentiments. » (Léa)

« T'sais si on arrive en se disant lui il est pas capable anyway, mais si on croit que le client il chemine selon ses capacités puis qu'on a confiance, ça va être mieux. La communication aussi est importante, une communication claire! Donc s'il y a quelque chose à dire à l'autre il faut le dire, sinon ça va miner la relation, d'une façon claire et polie. Puis euh, je pense que c'est bien que l'intervenant, euh, sans se montrer amical, démontre un espèce de de de ... comme se montrer, je sais pas comment expliquer, humain là. T'sais des fois, c'est juste passer un petit quelque chose pour démontrer de l'empathie. Il faut pas qu'il voit l'intervenant juste comme : lui sa vie c'est aider les autres, il est pas humain là. Donc c'est important que l'intervenant puisse démontrer des fois, de manière subtile : je sais que des fois on se sent comme ça, moi aussi ça m'arrive des fois telle affaire, juste pour se rendre un petit plus, juste pour créer un petit lien ensemble là. » (Léa)

La souplesse de l'intervenant est indispensable pour les clients (Ackerman et Hilsenroth, 2003) comme le nomme Lucie.

« À Cormier (CRDM) ils ont un cadre donc on doit travailler de telle, telle façon puis elle (l'intervenante) a accepté de dépasser le cadre et on a travaillé ensemble. Ça a pas été facile, mais ça s'est fait et on a fait un gros travail. Mais justement parce qu'elle a accepté de sortir du cadre on a pu travailler. (...) Ils ont des lignes directrices, mais moi je voulais parler de mon enfance puis ça cadrerait pas vraiment, mais elle a accepté qu'on travaille là-dessus. » (Lucie)

2.2.2 Professionnalisme et expériences

Le professionnalisme et l'expérience des intervenants a été soulevé comme étant un point important de la relation thérapeutique, même si ce constat fait encore débat au sein de la communauté scientifique (Bouchard, 2014; Kivlighan, Patton, et Foote, 1998). Dans le contexte de ce rapport, l'expérience réfère au nombre d'années de pratique clinique de l'intervenant.

« Ben en fait pour moi un intervenant ça va être quelqu'un qui va être formé, moi je m'attends à beaucoup de professionnalisme. C'est sûr que je suis exigeante envers moi-même donc je le suis envers les autres. Donc que les intervenants soient ponctuels, organisés, un peu comme des profs là. Je veux dire qu'ils connaissent leur matière et qu'ils fassent pas juste nous lire les choses. » (Lucie)

« J'étais malade pendant la thérapie, j'ai dû aller à l'hôpital, il a même pas pensé à me donner une chaise pour m'asseoir (un intervenant du CRDM). Pour moi, c'est un manque d'expérience, manque de jugeote, d'initiative. Assise par terre, car je ne peux pas me tenir debout. » (Lucie)

« Il te demande (l'intervenant) avez-vous consommé ? je dis pas encore! Tu le sais, c'est sûr j'ai pas consommé ! Mais quand je vais être dehors (thérapie interne au CRDM) je le sais pas ! Mais là, je me moque pas de toi, mais ta question est niaiseuse. On est en garderie ici comment veux-tu que je fasse ça ? (S'adressant au thérapeute) Ça, c'était dû à un manque d'expérience! » (Lucie)

2.2.3 Le rôle d'animateur

Les intervenants jouent un rôle d'animateur notamment en intervention de groupe. Comme décrit dans le contexte théorique, l'intervenant est le chef d'orchestre du groupe. Il doit structurer les conversations (Wagner et Ingersoll, 2015) et gérer les différents conflits (Yalom et Leszcz, 2005). Il joue le rôle de médiateur entre les membres, il ne doit pas être trop présent pour laisser la place aux membres, mais suffisamment pour encadrer les discussions et faire en sorte que le groupe chemine (Wagner et Ingersoll, 2015).

Lucie et Laure soulignent que le rôle d'animateur passe par la gestion de l'échange entre les membres du groupe.

« Qu'ils soient aussi des bons animateurs, donc qu'ils sachent gérer les droits de parole, justement de donner la parole à la personne qui la prend moins naturellement, refréner les verbos moteurs, stimuler un échange, s'assurer que justement ça soit fait dans un climat de respect. Être un bon animateur. » (Lucie)

Dans ces extraits, Sandrine et Laure nomment l'importance de l'implication des intervenants dans la résolution des conflits entre les membres.

« Peut-être que quand il y a un conflit ou pas un conflit, mais quand ça tire entre deux personnes, peut-être essayer de voir qu'est-ce qui marche pas entre les deux puis essayer de régler le problème, de mettre une règle supplémentaire peut-être. Exemple, la personne à Cormier, les gens disaient qu'elle parlait trop et elle parlait trop fort et ben ça leur tombait sur les nerfs. Peut-être à ce moment-là, ça aurait été bon de mettre une règle de plus, parce que oui elle était là pour travailler sur elle, mais les autres aussi. » (Laure)

« Puis Julie (intervenante au centre ASPA) c'est pas de sa faute je lui en ai pas voulu, mais je pense qu'elle, elle s'est excusée après, elle a dit j'aurais dû gérer ça autrement! Elle, elle s'est excusée en voulant dire qu'elle aurait peut-être dû intervenir quand il a lancé cette blague (client qui a fait une blague déplacée). C'était vraiment de mauvais goût. Après ça Mathilde (directrice du centre ASPA), elle a géré ça. Après ça, Mathilde elle a refait une intervention là-dessus, ça, j'ai aimé ça! » (Sandrine)

Le rôle d'animateur passe aussi par le respect du rythme des participants comme le soulignent Sandrine, Laure et Paul. En effet, d'après eux, c'est à l'intervenant de composer avec le rythme, les envies et les besoins de chaque client tout préservant la dynamique de groupe.

« Je sentais : écoute, respect de la part des thérapeutes. Ils nous laissaient le temps de parler, on se sentait pas rushé. C'est sûr c'est hyper important! Moi c'est bien important de ne pas me sentir rushée! » (Sandrine)

« Au début j'avais peur qu'il fallait que je parle d'en dedans (prison), et eux (les intervenants du centre ASPA,) ils te posent pas de questions là-dessus. Parce que ça

me faisait peur qu'ils posent des questions là-dessus, directement en partant ils m'ont mis à l'aise avec ça. » (Paul)

« Je suis capable de dire : regarde, je ne comprends pas ce que tu veux, je sais pas ce que tu veux, c'est trop gros pour moi, je ne suis pas rendue là! Je suis capable de dire, là, je suis perdue là, je comprends pas ce que tu veux ou j'aimerais te répondre, mais je n'ai pas de réponse, je le sais pas. Et lui (l'intervenant), il doit être capable de m'aider là-dedans. » (Laure)

2.2.4 Les attitudes à éviter

Il existe certaines façons d'être qui sont à proscrire chez le thérapeute, car elles ont un impact négatif sur l'alliance thérapeutique. En effet, l'intervenant démontrant les caractéristiques suivantes : rigide, incertain, critique, distant, tendu et distrait, serait moins apte à créer une alliance thérapeutique (Ackerman et Hilsenroth, 2001). De plus, certaines interventions sont aussi néfastes pour l'alliance thérapeutique, être mal ou trop structuré, être trop rigide, utiliser le silence de façon inadéquate ou encore dénigrer le client (Ackerman et Hilsenroth, 2001).

Certaines des participantes nomment des attitudes de la part des intervenants qui les ont brusquées ou qu'elles ont trouvé inappropriées. D'après ces extraits référent à des rencontres individuelles, être froid, ne pas reconnaître le besoin de la personne ou le banaliser nuit directement à l'alliance thérapeutique.

« Ça fonctionnait pas avec la psychiatre ni avec la psychologue! Parce que c'est des personnes sûrement très compétentes, mais ça ne me convenait pas au niveau de leur attitude. C'est des gens extrêmement froids et extrêmement rigides et moi je suis pas capable. (...) Tant de froideur, ça me répulse, je suis pas capable. Parce que j'arrivais pas à me détendre et j'arrivais pas à leur faire confiance donc je n'arrivais pas à me confier. Qu'est-ce que c'est ça ? Cette atmosphère rigide là ? Je me sentais comme dans une prison. Ça a pas été enrichissant pour moi, car je me confiais pas. » (Sandrine)

« Me souviens que là-bas il y avait un intervenant de nuit que j'avais l'impression de déranger, car je m'étais levée durant la nuit et lui il écoutait la TV et moi j'étais en pleine crise d'anxiété. Il me disait va dans ta chambre et nomme les choses autour de toi, ça va t'occuper l'esprit, donc très poche! Il m'a pas dit tu veux qu'on parle ? Rien du tout. Aussi à ce même centre une dame, une psy ou thérapeute, en tout cas une intervenante qui y était, puis moi une des raisons pour laquelle j'étais là, j'étais en dépression profonde, c'est parce que j'avais pas de relation de couple depuis des années et justement cette solitude là me peser énormément jusqu'à ce que je remette mon existence en question finalement. Puis, quand j'avais parlé de ça avec elle, elle m'a dit que j'étais une enfant gâtée, comme quoi j'étais pas la seule fille de 30 ans célibataire et que j'étais comme une petite enfant qui pleurait et tapait du pied, car elle avait pas ce qu'elle voulait. Donc je l'ai reçu de manière très négative, je me suis sentie invalidée dans ce que je ressentais, ce que je vivais. Puis moi, la réflexion que j'ai eue par la suite c'est de dire comme si tu disais que t'avais le cancer : ben là regarde arrête de t'apitoyer sur ton sort penses-tu que t'es la seule qui a le cancer ! Une criss de folle! Je me suis sentie pas comprise, pas nécessairement considérée non plus et entendue justement dans moi, mes besoins. » (Éva)

La confrontation est aussi à éviter comme le nomme Lucie « *Tu fais de la confrontation ça marchera pas, pas du tout. Je vais confronter à mon tour alors c'est pas une bonne méthode.* ». Cependant cette information est à nuancer. Dans certains cas la confrontation peut être utile, par exemple, lorsque la personne a une attitude irrespectueuse, la confrontation peut permettre de responsabiliser ou conscientiser la personne face aux conséquences de son comportement (Renou; 2005).

3. FACTEURS EXTERNES POUVANT INFLUENCER L'ALLIANCE THÉRAPEUTIQUE DE GROUPE

Il existe plusieurs éléments externes au groupe pouvant avoir un effet sur l'alliance thérapeutique. Comme soulevé par les clients et l'intervenante, l'approche utilisée par l'organisme, les jeux de société et le groupe ouvert sont des éléments qui peuvent avoir un impact sur l'alliance.

3.1 L'approche de l'organisme

Au centre ASPA l'approche utilisée est une approche humaniste basée sur les besoins et les envies du client. C'est une approche non confrontante qui respecte le rythme des participants. Par exemple, ce sont les clients qui remplissent leur plan d'action avec l'aide des intervenants et ils n'ont pas pour obligation d'arrêter de consommer.

Paul exprime qu'une approche plus contrôlante, coercitive, a des effets néfastes sur l'alliance thérapeutique, car il se sent moins à l'aise pour se confier.

« Parce que vous, vous avez pas du contrôle sur moi là. Pas comme en prison ou en maison de transition. Ce sont des gens qui sont pas comme ça (au centre ASPA), moi j'aime ça au bout des gens qui peuvent pas rien changer ta vie, dans le sens en mal. (...) Quand je faisais des thérapies ou programmes au pénitencier, là c'était pas comme ça, c'était plus, c'était moins, libre. J'aime plus ça comme ça ici parce que je pouvais parler librement des choses-là. » (Paul)

Éva nomme aussi qu'une organisation trop stricte ou sévère peut avoir pour impact l'abandon de la thérapie et un effet néfaste sur la création de lien entre les participants.

« Dans un autre contexte, j'avais faite une thérapie fermée puis ça, c'était pas au niveau des personnes, mais plus de la structure qui était vraiment pas appropriée à moi. Dans le sens où c'était du groupe, mais c'était fermé, fait que tu vivais là avec 20 filles, c'est un peu comme l'armée. (...) Puis c'était gérer comme l'armée : quand prendre ta douche, mettre ton nom là, faire des tâches... C'était une approche aussi confrontante, si tu te faisais pigner à faire de quoi fallait que t'aïlles en avant puis que... oh non! C'était 6 mois, j'ai faite deux mois puis j'ai quitté, car je me rendais compte que ça menait à rien, j'ai pas créé de lien avec personne. » (Éva)

3.2 Les jeux de société

Chaque jeudi après-midi, le centre ASPA organise des jeux de société avec tous les participants et certains intervenants. Le jeu a une influence sur l'alliance thérapeutique, car comme l'explique Paul « *ça rapproche, ça permet de s'amuser, de pas juste faire de la thérapie, de voir les gens sous une autre facette.* ». Effectivement, c'est une activité qui permet d'en apprendre plus sur la personnalité des participants et qui permet de créer des liens. Ce constat ressort aussi dans les propos de Sandrine « *D'un coup que tu te mets à jouer avec le monde ça va faire tomber des barrières, t'sais, parce que là on a du fun puis on se voit dans un autre contexte.* ».

L'intervenante Léa insiste également sur le fait que vivre des expériences communes et diverses peut améliorer l'alliance entre les membres.

« Je pense qu'il faut vivre des expériences ensemble des fois, c'est pour ça qu'il y a des thèmes qui sont plus légers comme les jeux, puis là on gagne, puis là on se fait des équipes, puis là on veut battre l'autre, ça peut créer une cohésion. Autant, que les moments difficiles, où il y a une personne plus émotive qui peut pleurer ou peu importe, ça peut contribuer aussi à créer une bonne cohésion. Je pense que des expériences variées dans la mesure du possible ça va aider. » (Léa)

3.3 Le groupe ouvert

Comme vu dans la recension des écrits, le groupe ouvert étant sans cesse en mouvement, faire face à des départs et des entrées continuent peut affecter la cohésion (Corey, Corey et Corey, 2018). Lorsque la question est posée aux clients sur l'impact du groupe ouvert sur ses membres, il semblerait que les entrées et les sorties affectent négativement la cohésion. En effet, les participants se sentiraient moins à l'aise de se confier lorsqu'une nouvelle personne entre dans le groupe. Les départs peuvent également être difficiles à vivre lorsque les clients ont créé un lien avec les finissants.

« C'est sûr que ça modifie la dynamique lorsque l'on a quelqu'un avec qui on a du plaisir qui part. C'est difficile, donc ça modifie la dynamique autant que lorsqu'il y a une personne qui rentre. (...) Moi je pense que ça serait mieux si c'était pas une entrée continue, qu'il y ait les mêmes membres. Dans l'entrée continue, il y a des gens qui ont déjà faite un atelier que toi t'as pas faite et ils peuvent t'en parler puis ça, c'est pas négatif comme tel, mais je pense que pour avoir une plus grande liberté d'expression ou pour se sentir le plus à l'aise possible, d'avoir le même groupe ben tout le long du processus, je pense que c'est un plus » (Lucie)

« Il y a beaucoup de départs, à la fin il restait que moi et Victor donc c'était un peu bizarre comme groupe. Je te dirais que c'était correct vu que je n'ai pas créé trop d'attachements. Dans l'autre groupe, il y en a trois à qui je m'étais beaucoup attachée et quand ils sont partis ça m'a fait de la peine. » (Sandrine)

Comme nommé par l'intervenante Léa, l'idéal est un groupe fermé, mais les organismes ne peuvent pas toujours se le permettre, car cela entraînerait des listes d'attente ou à l'inverse un nombre insuffisant de personnes dans le groupe.

« Ici ce qui est difficile comme on a dit c'est qu'il y a des gens qui arrivent et qui finissent tout le temps, puis aussi il y en a qui reviennent pas, y en a qui disparaissent, donc c'est sûr que c'est pas facile ou moins facile de créer une cohésion. En même temps, quand on a créé une bonne dynamique la semaine d'après quelqu'un arrive et vient ébranler la dynamique. C'est pas l'idéal pour créer une cohésion de groupe, je pense, mais c'est quand même possible. » (Léa)

CHAPITRE 4 : DISCUSSION

1. DISCUSSION

Ce rapport a pour but d'identifier les concepts associés à l'alliance thérapeutique de groupe et de comprendre la pertinence de cette notion pour une clientèle toxicomane. Il a aussi pour objectif d'identifier les éléments pouvant affecter l'alliance thérapeutique de manière favorable ou défavorable. La première partie de ce chapitre concerne la définition de l'alliance thérapeutique. Puis, dans la seconde, il est question de l'influence de l'alliance de groupe sur le cheminement des clients. Enfin, seront discutés les éléments qui ont un impact sur l'alliance thérapeutique au sein d'un groupe.

1.1 Discussion et redéfinition de la notion d'alliance thérapeutique de groupe

Lors des entrevues avec les clients et l'intervenante, une définition de l'alliance thérapeutique de groupe a émergé qui comprend les dimensions suivantes : le respect et l'écoute, la confiance, l'ouverture d'esprit, la participation et la convivialité. Comme vu précédemment dans la littérature scientifique, il est fréquemment fait référence à l'alliance de groupe en considérant trois notions principales : l'alliance thérapeutique verticale, qui étudie le lien entre l'intervenant et les membres du groupe, la cohésion, et le climat de groupe (Dion, 2000). Dans cette partie, chacun des trois concepts est comparé à la définition donnée par les interviewés. Enfin, les composantes que sont l'humour et la convivialité sont abordées, car l'exploration empirique a permis de mettre en évidence leur rôle central dans la définition de l'alliance, dans ce contexte d'intervention de groupe.

1.1.1 L'alliance thérapeutique verticale

En comparant la définition de l'alliance thérapeutique verticale proposée par Bordin (1979) avec celle proposée par les clients et l'intervenante, la principale différence réside dans le fait que la notion de travail (objectifs et tâches) ressort peu dans les entretiens. Les éléments

rapportés par les répondants diffèrent de la définition proposée par Bordin (1979). En effet, pour ce dernier, l'alliance verticale se compose du lien affectif entre le client et le thérapeute, d'un accord sur les objectifs à réaliser par le client et d'un consensus sur la manière d'y parvenir (Bordin, 1979). Dans les entretiens, c'est l'importance de la relation entre les membres qui est mise en avant. Pour les répondants, le lien affectif est au cœur de la définition de l'alliance de groupe. D'après l'expérience des répondants, ce n'est pas tant l'accord sur les objectifs à atteindre durant le traitement ni la manière d'y arriver qui sont importants, mais plutôt les liens affectifs qu'ils ont noués avec les autres membres et l'intervenant. Cette observation est également confirmée par une étude comparant les facteurs thérapeutiques dans les processus de traitements individuels et de groupe (Holmes et Kivlighan, 2000). Les composantes relationnelles sont apparues plus importantes dans la psychothérapie de groupe que dans l'intervention individuelle (Holmes et Kivlighan, 2000). Pour ces auteurs, le traitement de groupe favorise le développement de nombreuses relations interpersonnelles, à la fois entre les membres du groupe et avec l'intervenant, ce qui permet d'acquérir, par l'observation et la participation, de nouvelles habiletés qui permettront aux membres de cheminer. Ces résultats sont confirmés par la théorie de Yalom et Leszcz (2005), qui soutiennent que ce sont les autres membres du groupe qui constituent la principale source de changement pour les participants.

1.1.2 Le climat de groupe

Mackenzie (1983) définit le climat de groupe comme une propriété, ou un attribut, de l'environnement du groupe qui facilite ou entrave les efforts d'un individu pour atteindre un objectif particulier. Pour Mackenzie (1983), un engagement fort de la part des participants ainsi qu'un faible niveau d'évitement et de conflit, caractérise un bon climat de groupe, c'est-à-dire un climat favorable au cheminement des participants. La définition donnée par les répondants diffère notablement de celle énoncée par Mackenzie (1983).

Premièrement, les conflits évoqués dans la notion de climat de groupe (Mackenzie, 1983) ne sont pas apparus comme étant une dimension pouvant affecter l'alliance de groupe. En

effet, certains des participants ont décrit des conflits survenus pendant leur traitement, mais cela n'a pas paru avoir d'influence sur l'alliance.

Il est possible de faire le lien avec les ruptures d'alliance, qui sont définies par Safran et Muran (2000) comme une détérioration de l'alliance thérapeutique verticale entre l'intervenant et son client. Les ruptures d'alliance sont inévitables lors du traitement et peuvent permettre, dans certains cas, de renforcer le lien entre les deux parties lorsque l'alliance est bien établie au départ (Safran et Muran, 2000). De plus, si l'intervenant gère adéquatement ces situations conflictuelles, l'alliance peut s'en voir renforcée (Yalom et Leszcz, 2005).

Pour ce faire, l'intervenant doit, dans un premier temps, identifier le conflit avant qu'il ne prenne des proportions trop grandes (Bernard et al., 2008). Il peut, par exemple, observer les changements d'attitudes, les regards échangés, le ton de la voix, les signes d'impatience chez les membres, etc. (Chen et Rybak, 2017). Dans un second temps, l'intervenant doit favoriser la réflexion personnelle : pourquoi et comment le conflit a débuté ? Et qu'est-ce que cela fait vivre aux membres ? Le but ici est d'encourager l'expression des émotions pour que celles-ci puissent être discutées en groupe. L'intervenant valide alors les points de vue et les émotions vécues par les membres (Chen et Rybak, 2017 ; Corey, Corey et Corey, 2018 ; Bernard et al., 2008). Une fois que les membres ont pu exprimer leurs émotions et leurs opinions et que les tensions se sont apaisées, il est important que les clients puissent tirer bénéfice de cette situation (Chen et Rybak, 2017). L'intervenant peut ainsi demander aux membres du groupe ce qu'ils ont appris à l'occasion du conflit et les inviter à réfléchir sur la manière dont ces enseignements sont, le cas échéant, applicables dans leur quotidien (Chen et Rybak, 2017).

Au centre ASPA, lorsque Sandrine s'est faite voler de l'argent destiné à payer son traitement, et ce, dès le premier jour, cela a provoqué des tensions entre le reste du groupe et elle. La Sandrine se sentait trahie et n'avait plus envie de revenir, tandis que les autres membres se sentaient accusés à tort et reprochaient à Sandrine de mentir, d'inventer cette histoire, dans le but de ne pas payer le traitement. Le conflit a été géré par la directrice du centre, qui a fait une intervention dans le groupe en demandant ce que les membres ressentaient en utilisant le « je ». Ensuite, elle a demandé au groupe comment la confiance

entre les membres pouvait être rétablie. Cette intervention a permis, après quelques séances, de retrouver l'alliance du départ et Sandrine a continué son traitement tout en créant des relations avec les membres du groupe.

Deuxièmement, les entretiens ont fait ressortir l'engagement et l'évitement comme étant des éléments importants de l'alliance de groupe. Effectivement, l'engagement reflète l'investissement du client dans le groupe, sa participation (Mackenzie, 1983). L'évitement renvoie à la résistance des membres face au traitement, face au changement (Mackenzie, 1983). Pour les répondants, plus une personne sera engagée dans le traitement et meilleure sera l'alliance. À l'inverse, les personnes les moins motivées, et ne désirant pas faire partie du groupe, seront un frein. L'évitement et l'engagement dans le traitement font référence à la notion de motivation qui apparaît alors comme étant un élément essentiel de l'alliance (Derisley et Reynolds, 2000 ; Meier, Barrowclough, et Donmall, 2005b ; Garner, Godley, et Funk, 2008 ; Wagner et Ingersoll, 2015). Plus une personne sera motivée, plus elle sera prête à s'engager dans le traitement, meilleure sera l'alliance thérapeutique (Bernard et al., 2008).

Les clients du centre ASPA lorsqu'ils arrivent dans le groupe n'ont pas tous le même degré de motivation. Certains clients sont contraints de participer au groupe et ne souhaitent pas changer leur consommation alors que d'autres mettent des actions en place pour arrêter de consommer. Ces différents stades de motivation ont été décrits par Prochaska et DiClemente (1982), une personne aux prises avec une dépendance passe par plusieurs stades de changement : la pré contemplation, la contemplation, la préparation, l'action et le maintien. Il est important de préciser que les clients présents au centre ASPA se trouvent pour la plupart au stade de contemplation, ce qui implique que la personne reconnaît qu'elle a un problème, pèse le pour et le contre associés au changement, mais qu'elle n'a pas encore enclenché d'action concrète visant le changement (Prochaska et DiClemente, 1982). Cependant, certains clients intègrent le groupe en étant au stade de pré-contemplation, dans ce cas la personne ne reconnaît pas qu'elle a un problème. Paul, par exemple. Dans les groupes où les clients sont à des stades de changement différents, plusieurs stratégies sont possibles : soit tous les membres, quel que soit leur stade de changement, font les mêmes activités thérapeutiques, soit chaque membre fait des activités différentes, suivant son stage de changement (Connors,

DiClemente, Velasquez et Donovan, 2013). Il est également préférable, selon les auteurs, que les personnes se trouvant au stade de pré-contemplation et de contemplation forment un groupe, et que les personnes au stade d'action et de maintien en forment un autre. (Connors, DiClemente, Velasquez et Donovan, 2013). En effet, avec les personnes du premier groupe, l'intervenant doit travailler sur la motivation, alors qu'avec les clients du second groupe, l'intervenant intervient sur des actions et des plans futurs plus concrets (Connors, DiClemente, Velasquez et Donovan, 2013). Néanmoins, le centre ASPA n'a pas les ressources nécessaires pour proposer deux groupes. En outre, d'après ce qui a été observé durant le stage, la mixité des stades de changement peut avoir un impact positif à la fois sur les personnes plus avancées qui, au contact des moins motivées, prennent conscience du chemin parcouru et éprouvent de la fierté et, pour les personnes moins motivées, qui, voyant que le changement est possible, développent de l'espoir.

1.1.3 La cohésion de groupe

Pour rappel, la cohésion se définit comme l'attractivité ou le sentiment d'appartenance entre les membres du groupe (Yalom et Leszcz, 2005). Elle fait référence à la qualité du lien affectif qui les unit (Yalom et Leszcz, 2005). Yalom (1995) écrit que la cohésion de groupe est l'analogue du lien affectif dans la thérapie individuelle. Pour l'auteur, c'est un prérequis à tout groupe thérapeutique. En effet, sans cohésion, les personnes ne se confieraient pas (Yalom, 1995). Les répondants soulignent l'importance de la relation affective entre les membres et avec l'intervenant. Les dimensions citées comme essentielles sont : le respect et l'écoute, l'ouverture d'esprit et la tolérance, la confiance, la convivialité. Ces résultats viennent confirmer l'étude de Duncan, Miller, Wampold et Hubble (2010) qui montre que le facteur relationnel contribue à hauteur de 30% au changement de la personne. Le lien qui se développe avec les membres et avec le thérapeute apparaît donc essentiel pour le cheminement du client.

1.1.4 Mise en évidence de la convivialité et de l'humour comme facteurs essentiels de l'alliance thérapeutique

L'humour et la convivialité sont désignés par les répondants comme des facteurs essentiels à une bonne alliance thérapeutique. L'humour peut être utilisé pour dédramatiser une situation ou pour recadrer les cognitions du client (Corey, Corey et Corey, 2018). Il est reconnu comme utile au processus thérapeutique (Sultanoff, 2013). Il permet, au sein d'une relation thérapeutique, de libérer la tension et de rendre le thérapeute plus humain aux yeux du client (Corey, Corey et Corey, 2018; Gelkopf et Kreidler, 1996). Il est aussi un indicateur du degré d'intimité existant entre les membres et indique une forte alliance entre le patient et le thérapeute (Sultanoff, 2013). L'humour, entre les membres ou avec le thérapeute, est donc une dimension centrale du concept d'alliance thérapeutique.

1.2 L'influence positive de l'alliance thérapeutique de groupe sur le traitement

Le groupe revêt une importance d'autant plus grande dans le traitement des personnes souffrant de problèmes de dépendance (Bibeau, 1997). En effet, il a été vu, dans la recension des écrits, que les personnes dépendantes sont difficiles à engager dans les traitements et que le taux d'abandon est élevé (Cournoyer, Brochu, Landry et Bergeron, 2007). L'intervention de groupe présente alors de nombreux avantages pour les personnes dépendantes. Il apporte un soutien positif de la part des pairs et, dans certains cas, une pression qui limite la consommation de la personne dépendante (Glidden-Tracey, 2005). L'intervention de groupe réduit également le sentiment d'isolement que ressentent la plupart des personnes atteintes de troubles liés à la toxicomanie (Sobell et Sobell, 2011). Elle permet de susciter l'espoir, car les personnes traitées sont témoins des succès et évolutions positives des autres membres (Khantzian et Albanese, 2008). De plus, il favorise le partage d'informations entre les membres et les nouveaux arrivants (Yalom, 1995). Enfin, il permet d'acquérir des compétences sociales (Bibeau, 1997 ; Hill et Harris, 2011 ; Khantzian et Albanese, 2008 ; Sobell et Sobell, 2011 ; Yalom, 1995).

D'après Yalom (1995), l'alliance est un prérequis à tout groupe thérapeutique. Une méta-analyse menée en 2002 a conclu qu'environ 80% des études publiées démontraient une corrélation positive entre la cohésion du groupe et les résultats du traitement (Burlingame et al., 2002). Le climat de groupe, ainsi que l'alliance verticale, ont aussi un effet positif sur le traitement (Johnson et al., 2005 ; Yalom et Lescz, 2005). Il semble alors légitime de se demander pourquoi l'alliance de groupe a un impact positif sur les résultats thérapeutiques.

Selon les réponses des participants et de l'intervenante, une bonne alliance thérapeutique permet une meilleure révélation de soi, le partage de conseils et d'idées, et, dans certains cas, l'augmentation de la motivation ce qui impacte positivement le traitement (Yalom et Lescz, 2005 ; Bibeau, 1997). Fuhriman et Burlingame (1990) ont identifié six facteurs thérapeutiques, propres à l'intervention de groupe, qui correspondent aux expériences décrites par les répondants. Ces facteurs thérapeutiques sont : l'apprentissage par procuration, soit le cheminement du client en réponse à l'observation et aux expériences des autres membres ; le double rôle d'aidant et d'aidé, joué par les membres ; l'universalité, c'est-à-dire la prise de conscience que d'autres vivent des problèmes similaires ; l'altruisme ; la ressemblance du groupe à la famille d'origine du membre ; et les apprentissages liés aux interactions interpersonnelles (Fuhriman et Burlingame, 1990).

1.3 Les éléments affectant l'alliance de groupe

Plusieurs éléments apparaissent importants dans l'amélioration de la cohésion (Yalom et Lescz, 2005). Ainsi, les séances de pré traitements, la composition du groupe, ainsi que les techniques utilisées par le thérapeute, peuvent avoir une influence importante sur l'alliance (Bernard et al., 2008 ; Corey, Corey et Corey, 2018 ; Yalom et Lescz, 2005). Dans les entretiens, la composition du groupe et le savoir-être et savoir-faire du thérapeute apparaissent comme essentiels. En outre, l'approche utilisée par l'organisme s'est révélée être un élément primordial. Cependant, les séances de pré traitement ou de préparation au groupe n'ont pas été mentionnées par les membres. Ce constat peut s'expliquer par le fait que le centre ASPA ne

met pas en place de séances de pré traitement. En revanche, d'autres facteurs ont un impact sur l'alliance de groupe, notamment l'homogénéité de ce dernier (Sobell et Sobell, 2011).

1.3.1 L'homogénéité du groupe

Un groupe homogène se définit comme un groupe où les membres partagent des similarités, c'est-à-dire des difficultés communes, selon l'âge ou le sexe (Yalom et Leszc, 2005). L'homogénéité du groupe peut avoir une grande influence sur l'alliance (Sobell et Sobell, 2011; Wagner et Ingersoll, 2015; Yalom et Leszc, 2005). Dans les entretiens menés, les clients et l'intervenante déclarent effectivement que le fait d'avoir des points communs permet de se livrer plus facilement, et de mieux se comprendre les uns les autres, ce qui résulte en une meilleure alliance de groupe. Ce constat confirme ce qui a déjà été souligné dans la recension des écrits. Dans les groupes les moins homogènes, il est plus difficile de créer une alliance forte (Yalom et Leszc, 2005 ; Sobell et Sobell, 2011). Une méta-analyse menée par Burlingame, Fuhriman et Mosier (2003) met en évidence que les groupes homogènes (sur le plan des problématiques) ont de meilleurs résultats thérapeutiques que les groupes hétérogènes.

1.3.2 L'intervenant au cœur du processus d'alliance de groupe

Plusieurs études confirment que la relation avec l'intervenant joue un rôle crucial dans le processus de l'alliance de groupe (Burlingame, McClendon et Yang, 2018). L'intervenant peut accroître l'alliance en utilisant son savoir-être et son savoir-faire.

Selon les entretiens, au niveau du savoir-être, le thérapeute doit faire preuve d'empathie, de respect, d'écoute, d'humour, d'ouverture, de soutien et de souplesse. Il doit reconnaître les besoins des clients et montrer qu'il croit en leurs capacités. De nombreuses études ont été menées sur les attitudes du thérapeute qui permettent de former une bonne alliance. Les facteurs identifiés sont les mêmes que ceux qualifiés de centraux par les répondants (Ackerman et Hilsenroth, 2003 ; Hersoug, Hoglend, Monsen et Havik, 2001 ; Holdsworth, Bowen, Brown et Howat, 2014 ; Norcross et Lambert, 2018). Les attitudes favorisant l'alliance ne sont pas sans rappeler l'approche humaniste (Rogers, 2005). Carl

Rogers (2005) définit trois attitudes susceptibles de faciliter le changement : la congruence, c'est-à-dire le fait d'avoir conscience de son attitude ou de ses sentiments au sein de la relation ; l'acceptation inconditionnelle, qui signifie accepter son client et amener le client à s'accepter lui-même, inconditionnellement ; et l'empathie qui renvoie à la compréhension du client et de son point de vue. Cette approche est celle privilégiée par le centre ASPA et semble correspondre aux attentes des clients envers les attitudes à adopter par l'intervenant.

Comme évoqué précédemment, l'intervenant occupe un rôle actif dans l'intervention de groupe. Pour améliorer la cohésion, il doit favoriser la recherche de similitudes entre les membres, encourager le partage, promouvoir les interactions et gérer les conflits (Corey, Corey et Corey, 2018 ; Sobell et Sobell, 2011 ; Wagner et Ingersoll, 2015). Les répondants confirment ce qui ressort de la littérature, à savoir que l'intervenant a le rôle d'animateur et de chef d'orchestre. Selon eux, il doit réguler les échanges, favoriser le partage, et gérer les conflits. Au centre ASPA, pour réguler les échanges, les intervenants organisent un tour de parole. Chaque personne se voit accorder un temps de parole prédéfini; même si l'intervenant reste flexible suivant les besoins des clients. Cette méthode permet la participation de tous, et prévient les déséquilibres entre membres eu égard à la fréquence et à la durée des interventions (Wagner et Ingersoll, 2015). Une méta-analyse de 2018 confirme également l'importance du rôle de l'intervenant dans la construction de l'alliance de groupe (Burlingame, McClendon et Yang, 2018). Effectivement, dans les études où les thérapeutes jouent le rôle d'animateur, l'alliance de groupe est meilleure et les résultats du traitement aussi, comparativement aux études ne décrivant pas de telles interventions. Les propos des interviewés mettent en garde contre certaines attitudes, qui sont considérées comme étant à éviter : être froid, ne pas reconnaître le besoin du client ou le banaliser, être dans la confrontation. Ces attitudes nuisent directement à l'alliance thérapeutique (Ackerman et Hilsenroth, 2001 ; Miller et Rollnick, 2013).

Afin de favoriser la motivation des membres et ainsi l'alliance de groupe, l'intervenant peut utiliser l'entretien motivationnel de Miller et Rollnick (2013). Selon Prochaska et DiClemente (1982), lorsque la personne traverse une phase de changement, elle passe par plusieurs stades. Le premier stade de changement est le stade de la pré-contemplation, c'est le

stade où les clients ne reconnaissent pas qu'ils ont un problème. Viennent ensuite des stades plus avancés, qui renvoient à la progression vers le changement (Prochaska et DiClemente, 1982). Miller et Rollnick (2013) proposent des façons d'intervenir spécifiques, suivant le stade de changement du client, et ce, dans le but d'augmenter sa motivation. Par exemple, lorsque la personne se trouve au stade de pré-contemplation, l'intervenant doit privilégier la création du lien de confiance, en apprenant à connaître la personne, en évitant la confrontation ou le blâme, et en donnant de l'information théorique aux clients (Miller et Rollnick, 2013). Dans le stade de contemplation, il est préférable pour l'intervenant de définir les avantages et les inconvénients de la consommation et du statu quo et d'utiliser la technique du reflet (Miller et Rollnick, 2013).

Il semblerait, selon les participants, que l'expérience de l'intervenant lui permette de créer plus facilement une alliance. Mon expérience au centre ASPA me permet de conjecturer que ce sentiment s'explique par le fait que les thérapeutes les moins expérimentés manquent de pratique et sont davantage en difficulté lorsqu'il s'agit de gérer des situations délicates ou inhabituelles. De plus, par souci de bien faire, les intervenants novices peuvent avoir tendance à privilégier les techniques apprises lors de leur formation, plutôt que le lien affectif avec le client (Lecomte, Savard, Drouin et Guillon, 2004). Cependant, ces résultats sont à nuancer, car il semblerait que certaines études ne démontrent aucun lien entre l'expérience de l'intervenant et la création de l'alliance (Bouchard, 2014).

Il est aussi important, en tant qu'intervenant, de proposer aux membres des activités diverses et variées. Vivre des moments différents, sortant du contexte thérapeutique, peut avoir un impact positif sur la cohésion d'après les réponses des personnes interrogées. En effet, plus un groupe aura partagé de moments ensemble, plus les liens seront forts entre ses membres (Carter et Van Andel, 2011). C'est le cas notamment avec les jeux de société proposés par ASPA, qui permettent d'apprendre à mieux se connaître dans un contexte différent. Le centre ASPA, dans le but de resserrer les liens entre les membres, organisait aussi des sorties de groupe, au musée ou ailleurs. Ces sorties, très appréciées et enrichissantes, ne sont malheureusement plus proposées aujourd'hui, par manque de moyens. Ces activités peuvent être mises en parallèle avec les loisirs thérapeutiques (*therapeutic recreation*), dont le

but est de favoriser la cohésion et la réadaptation à travers diverses activités culturelles, sportives, créatives (Steffen et Reid, 2017). En outre, le stage au centre ASPA m'a permis de constater que l'expérimentation de nouvelles activités peut également permettre aux personnes dépendantes de trouver d'autres moyens que la consommation pour combler leurs besoins. Enfin, la participation à des loisirs thérapeutiques peut aussi influencer positivement la motivation au changement des personnes toxicomanes (Cogswell et Negley, 2011).

1.3.3 Les limites de l'intervention de groupe

Les clientes 2, 3 et 4 ont bénéficié d'un suivi individuel avant le traitement de groupe au centre ASPA. Elles ont donc pu comparer leurs expériences. Il est apparu, dans leurs entretiens, que l'intervention de groupe était limitée et pouvait présenter des désavantages. En effet, le groupe peut avoir des impacts positifs comme vus précédemment, mais il a également des limites (Stangier et al., 2003). Par exemple, certaines répondantes osaient moins se confier lors des groupes et, de ce fait, avaient l'impression de ne pas assez approfondir certains sujets importants pour elles. À l'inverse, l'intervention individuelle leur permettait d'approfondir certains sujets plus personnels. Dans certaines situations, il est effectivement préférable de faire une intervention individuelle conjointement à une intervention de groupe. C'est le cas, par exemple, lorsque les clients ressentent de la honte face à un problème et n'osent pas en parler en groupe ou lorsque la personne traverse une crise personnelle (divorce, deuil) qui requiert un support individuel temporaire (Yalom et Leszc, 2005).

1.3.4 L'approche de l'organisme et le type de groupe

L'approche privilégiée par l'organisme et/ou par le thérapeute va également avoir un impact sur l'alliance de groupe, selon les propos des personnes interviewées. Lorsque les méthodes utilisées par l'organisme sont trop contrôlantes ou contraignantes, elles ne se sentent pas à l'aise pour participer et cela a par exemple contribué à l'arrêt du traitement par Lucie. En effet, une approche trop confrontante et/ou autoritaire peut avoir un impact négatif sur l'alliance et sur le cheminement du client (Moeseneder, Ribeiro, Muran, et Caspar, 2018). Au

centre ASPA, l'approche utilisée est l'approche humaniste (Rogers, 1968). C'est une approche très peu confrontante qui vise à accompagner le client plutôt qu'à le forcer (Rogers, 1968). En pratique, la confrontation a longtemps été partie intégrante de l'approche d'organismes visant à traiter les personnes dépendantes (Polcin, 2003). Cependant, il a été démontré qu'une trop forte confrontation peut amener le client à ressentir davantage de culpabilité, ce qui est contre-productif chez ce type de population (White et Miller, 2007). La confrontation peut aussi précipiter l'abandon du programme, entraîner des émotions négatives, favoriser une baisse de l'estime et une rechute (Miller et Hester's, 1986 ; White et Miller, 2007). C'est donc une approche à éviter pour les organismes proposant un traitement contre la dépendance.

Pour finir et comme décrit précédemment, le groupe ouvert peut avoir un impact négatif sur la cohésion de groupe. Cela a été confirmé par les personnes interrogées. Les membres sont plus réticents à s'ouvrir lorsque de nouvelles personnes arrivent dans le groupe (Corey, Corey et Corey, 2018). À l'inverse, dans un groupe fermé, les membres apprennent à se connaître les uns les autres, de manière plus intime ce qui confère une stabilité au groupe (Corey, Corey et Corey, 2018). En revanche, d'après les observations réalisées lors du stage, les groupes ouverts peuvent aussi avoir des avantages. Effectivement, l'arrivée d'un nouveau membre peut donner un second souffle au groupe et permettre l'exploration de nouveaux sujets (Keats et Sabharwal, 2008). Par exemple, l'arrivée d'un nouveau client dans le groupe peut être mal vécue. Cela a été le cas pour Lucie qui s'est sentie jugée par la nouvelle venue. Cette situation a été l'occasion d'explorer de nouveaux sujets avec Lucie, comme l'importance du regard des autres, la confiance en elle, la peur du jugement. Pour que l'ouverture du groupe ait un impact limité sur l'alliance, les entrées et les sorties doivent se faire de manière contrôlée, comme c'est le cas au centre ASPA. Les arrivées et les départs doivent être annoncés aux membres du groupe et il est conseillé de demander aux clients d'exprimer ce qu'ils vivent face à ces changements (Yalom et Leszc, 2005).

CONCLUSION

Il est difficile pour les intervenants d'engager et de maintenir les personnes aux prises avec un problème de dépendances dans un traitement (Cournoyer, Brochu, Landry, et Bergeron, 2007). Ces situations d'échec ou d'abandon des participants peuvent faire vivre à l'intervenant un sentiment d'impuissance. En effet, même si au centre ASPA la plupart des clients entreprennent leur démarche de manière volontaire, leur motivation peut fluctuer ou dans certains cas diminuer rapidement. De plus, la toxicomanie est souvent liée à d'autres problématiques comme la criminalité, les problèmes de santé mentale, l'isolement, et la culpabilité, qui rendent le traitement d'autant plus difficile (Meier et al., 2006). Dans de tels cas, l'établissement d'une alliance thérapeutique est un facteur important qui, permet de créer un lien avec les clients et de bâtir une relation de confiance (Bordin, 1979) et peut idéalement les préserver de l'abandon du traitement. C'est donc une piste intéressante pour améliorer les interventions proposées aux personnes toxicomanes. Soucieux de rester au plus proche de la réalité du terrain, ce rapport s'intéresse à la modalité d'intervention de groupe qui est de plus en plus proposée par les organismes venant en aide aux personnes présentant une dépendance (Wendt et Gone, 2018).

Le présent rapport avait pour objectif de mieux saisir le concept d'alliance thérapeutique de groupe. Le but était également de comprendre comment l'alliance de groupe influence le traitement. Enfin, des facteurs permettant le développement ou affectant l'alliance thérapeutique au sein d'un groupe ont été identifiés. Ce projet académique permet donc d'approfondir un sujet qui fait encore débat au sein de la littérature, notamment lorsqu'il s'agit de groupe ouvert (Dion, 2000 ; Sobell et Sobell, 2011). Pour répondre à ces objectifs, des entretiens semi-directifs ont été menés auprès de cinq participants et d'une intervenante, tous impliqués dans le cadre d'un traitement de groupe ouvert mené au sein du centre ASPA.

Trois concepts clés permettent de définir l'alliance de groupe : l'alliance verticale, la cohésion et le climat de groupe (Johnson, 2007). Ces concepts ont été comparés aux

perceptions et vécus des répondants. Il apparaît que, pour les personnes interrogées, que les relations interpersonnelles au sein du groupe et la convivialité sont très importantes (Holmes et Kivlighan, 2000 ; Yalom et Leczs, 2005). En effet, les caractéristiques identifiées comme importantes relèvent de la notion de lien affectif : le respect et l'écoute, l'ouverture d'esprit et tolérance, la confiance, la convivialité. En outre, la motivation est un autre concept dont il est important de tenir compte lorsque l'on fait référence à l'alliance de groupe. Les personnes répondantes rapportent que les membres les moins motivées ont un impact négatif sur l'alliance et, qu'à l'inverse, les personnes motivées favorisent l'engagement. C'est un constat qui est aussi fait par Mackenzie (1983). En revanche, le conflit ne semble pas être un élément de définition de l'alliance, selon les répondants. La définition de l'alliance de groupe fait encore débat au sein de la littérature. Il semblerait que la multiplication des interactions entre les personnes dans le groupe (membre-membre, membre-thérapeute, membre-groupe, thérapeute-groupe) rende cette notion difficile à définir (Dion, 2000).

L'intervention de groupe peut représenter des forces et des défis pour les intervenants et pour les participants. Une des principales forces du groupe est la cohésion qui se crée entre ses membres et qui permet aux participants d'avoir des points de vue extérieurs sur leur situation, de briser leur isolement et d'acquérir des compétences sociales (Sobell et Sobell, 2011). En outre, le groupe représente aussi des défis. L'intervenant doit tout en accordant une attention égale à chacun des membres, creuser certains sujets importants pour la personne. Il doit aussi, dans un groupe ouvert, gérer les sorties et les départs qui, comme vu précédemment, peuvent diminuer l'alliance de groupe (Corey, Corey et Corey, 2018). Enfin, ce qui me semble être le plus gros défi en tant qu'intervenante, il doit gérer les différentes personnalités présentes dans le groupe en maintenant une relation de confiance et de travail. Pour mieux répondre à ces défis l'intervenant a tout intérêt à maintenir une bonne alliance au sein du groupe de traitement, pour cela il existe plusieurs méthodes (Corey, Corey et Corey, 2018).

Une bonne alliance de groupe, d'après l'expérience des participants au traitement de groupe au centre ASPA, influencerait positivement leur cheminement. En effet, selon eux, l'alliance facilite la révélation de soi, le partage de conseils et d'idées entre les membres et,

dans certains cas, l'augmentation de la motivation à changer. Ce constat a été largement confirmé par certains auteurs d'écrits scientifiques qui appuient l'importance de l'alliance au sein d'un groupe de thérapie et son effet positif sur le traitement (Burlingame et al., 2002 ; Johnson, et al., 2005 ; Yalom et Lescz, 2005). Cependant, il ressort de l'expérience des participants que le groupe peut aussi avoir des inconvénients comme la peur d'aborder certains sujets plus personnels devant tous les membres. Pour les répondants, il est préférable, pour approfondir certains sujets, de le faire lors de sessions individuelles. Si certains sujets importants pour le client ne peuvent pas être discutés dans le groupe alors, il est nécessaire de proposer un suivi individuel en plus (Yalom et Lescz, 2005).

Finalement, plusieurs facteurs peuvent avoir une influence sur l'alliance thérapeutique de groupe. Pour favoriser l'alliance, il est préférable que les clients vivent des difficultés communes c'est-à-dire que le groupe soit homogène (Sobell et Sobell, 2011 ; Wagner et Ingersoll, 2015). Le savoir-être et le savoir-faire du thérapeute sont aussi des facteurs ayant une grande influence sur l'alliance (Burlingame, McClendon et Yang, 2018). Pour finir, des éléments externes au groupe ont des répercussions sur l'alliance. En effet, un organisme ayant une approche trop confrontante ou un groupe ouvert peuvent fragiliser l'alliance de groupe (White et Miller, 2007 ; Corey, Corey et Corey, 2018).

Ce rapport permet de formuler des avis pour répondre aux défis auxquels font face les organismes offrant un traitement de groupe pour les personnes aux prises avec une dépendance.

L'un des principaux constats émergeant des entrevues est l'importance de l'attitude de l'intervenant dans la création de l'alliance (que ce soit l'alliance de groupe ou l'alliance verticale) et l'influence positive de celle-ci sur le traitement. Les attitudes à adopter en intervention s'apprennent lors de la formation des intervenants. Cette dernière est donc primordiale (Bioy et Bachelart, 2010 ; Bouchard, 2014). Il ressort des réponses des personnes interrogées et de la littérature que, pour favoriser une bonne alliance verticale, l'intervenant doit faire preuve d'ouverture, de non-jugement, d'empathie, de gentillesse (Ackerman et Hilsenroth, 2003; Wagner et Ingersoll, 2015). De plus, il est préférable d'éviter les attitudes

qui trahissent une forme de rigidité, les attitudes critiques, distantes, et la confrontation, car ces éléments ont un impact négatif sur l'alliance (Ackerman et Hilsenroth, 2001; Miller et Rollnick, 2013).

En outre, il ressort de ce rapport que toutes les approches ne fonctionnent pas auprès des personnes dépendantes. En effet, certaines approches sont à proscrire comme les approches trop confrontantes pour le client (White et Miller, 2007). Certaines méthodes sont plus efficaces chez les personnes aux prises avec une dépendance et permettent une meilleure alliance de groupe. C'est le cas de l'entretien motivationnel qui est utilisé au centre ASPA. C'est une méthode qui a démontré son efficacité auprès des personnes toxicomanes (Bertrand et Roy, 2015 ; Monti et al. 2007 ; Vasilaki, Hosier et Cox, 2006). Le principal objectif de cette approche est d'aider à engager le changement chez la personne, tout en étant en adéquation avec ses convictions et ses besoins (Miller et Rollnick, 2013). Pour cela, l'intervenant adapte son intervention suivant le stade de changement de son client (Prochaska et DiClemente, 1982).

En pratique, il est difficile de composer un groupe homogène, car les organismes font face à des contraintes de coûts. En outre, la clientèle est volatile et parfois il n'y a pas assez de personnes pour créer un groupe, c'est qui a pu être constaté lors du stage. Cependant, la littérature comme les répondants s'accordent à dire que plus un groupe est homogène plus l'alliance de groupe va être forte (Sobell et Sobell, 2011; Wagner et Ingersoll, 2015 ; Yalom et Leszc, 2005). Si le groupe est hétérogène, il est plus difficile de développer une alliance forte. Il est alors nécessaire de prêter une attention particulière à la recherche de similitudes entre les membres et à l'établissement d'objectifs communs (Wagner et Ingersoll, 2015). Enfin, il est important de multiplier les activités extra thérapeutiques, car cela influence positivement l'alliance de groupe (Carter et Van Andel, 2011 ; Steffen et Reid, 2017). Les jeux de société, les marches (hors de la structure d'accueil), les repas et les temps de pause partagés avec tous les membres du groupe sont des activités à moindres coûts qui permettent aux membres d'apprendre à se connaître et de créer un sentiment d'appartenance.

Enfin, comme évoquée précédemment, l'intervention de groupe présente des avantages, mais aussi des limites. En effet, il se peut que certains participants ne se sentent pas à leur place dans le groupe ou encore qu'ils aient du mal à s'exprimer en public ou à aborder certains sujets personnels (Stangier et al., 2003). Ce sont des limites qui peuvent être palliées par l'intervention individuelle. L'idéal, pour les clients, serait donc d'allier interventions de groupe et individuelle (Dévaud et Guraiib, 2011 ; Kauff, 2009). Cela permettrait de combiner à la fois les avantages de l'intervention de groupe, c'est-à-dire le soutien des membres, l'échange d'expériences, la confrontation de points de vue, l'apprentissage dans les relations interpersonnelles, et ceux de l'intervention individuelle, plus personnelle (Dévaud et Guraiib, 2011).

RÉFÉRENCES

Ackerman, S. J., et Hilsenroth, M. J. (2001). A review of therapist characteristics and techniques negatively impacting the therapeutic alliance. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 38(2), 171-185

Ackerman, S. J., et Hilsenroth, M. J. (2003). A review of therapist characteristics and techniques positively impacting the therapeutic alliance. *Clinical Psychology Review*, 23(1), 1-33.

Alexander, L., et Luborsky, L. (1986). The Penn. Helping Alliance Scales. Dans : L. Greenberg et W. Pinsof (Eds.), *The psychotherapeutic process: A research handbook* (325–366). New York: Guilford Press.

Alix Y. (2016). Traduction du Working Alliance Inventory (WAI) version thérapeute, d'anglais en français, à l'aide d'une traduction aller-retour et d'une méthode de consensus. *Sciences du Vivant*. Repéré à : <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01251970/document>

Anderson, C., John, O.P., Kelter, D. et Kring, A.M. (2001). Who attains social status ? Effects of personality and physical attractiveness in social groups. *Journal of Personality & Social Psychology*, 8, 116-132.

Approche sécurisante pour les poly toxicomanes anonymes (Centre ASPA). (2017-2018). Rapport annuel. Il n'est pas encore disponible publiquement.

Aubin-Auger, I., Mercier, A., Baumann, L., Lehr-Drylewicz, A. M., Imbert, P., et Letrilliart, L. (2008). Introduction à la recherche qualitative. *Exercer*, 84(19), 142-5.

Ben Amar, M. (2015). *La toxicomanie*. Presses de l'Université de Montréal (Québec).

Bernard H., Burlingame G., Flores P., Greene L., Joyce A., Kobos J.C., Leszcz M., MacNair Semands R.R, Piper W., Slocum McEaney A.M., and Feirman D. (2008). Clinical Practice Guidelines for Group Psychotherapy. *International Journal of Group Psychotherapy*, 58(4), 455-542.

Berteau G. (2006). *La pratique de l'intervention de groupe perceptions, stratégies et enjeux*. Sainte Foy [Que.] : Presses de l'Université du Québec 2006.

Bertrand, K. et Roy, É. (2015). *Intervention motivationnelle brève auprès des personnes utilisatrice de drogues par injectables*. Montréal, Québec : Centre de réadaptation en dépendance de Montréal - Institut universitaire.

Bibeau, N. (1997). Adapter l'intervention de groupe aux besoins des adultes alcooliques ou toxicomanes, un défi. *Service social*, 46(2-3), 261–273.

Bieling P.J., McCabe R.E., et Antony M.M. (2006). *Cognitive-behavioral therapy in groups*. New York: Guilford Press.

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

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

Bouchard, M-E. (2014). Alliance thérapeutique, expérience du thérapeute et satisfaction du client envers la thérapie : étude des relations entre ces variables. Thèse publiée comme exigence partielle au doctorat de psychologie à l'université de Sherbrooke. Disponible à : https://savoirs.usherbrooke.ca/bitstream/handle/11143/5453/Bouchard_Marie_Eve_DPs_2014.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Brochu S., Brunelle N. et Plourde C. (2016). *Drogue et criminalité : une relation complexe*. Les Presses de l'Université de Montréal.

Budman, S. H., Demby, A., Feldstein, M., Redondo, J., Scherz, B., Bennett, M. J., Koppelaar, G., Sabin Daley, B., Hunter, M., et Ellis, J. (1987). Preliminary findings on a new instrument to measure cohesion in group psychotherapy. *International journal of Group Psychotherapy*, 37, 75-94.

Budman, S. H., Soldz, S., Demby, A., Davis, M., et Merry, J. (1993). What is cohesiveness? An empirical examination. *Small Group Research*, 24(2), 199-216.

Burlingame, G. M., Earnshaw, D., Hoag, M., Barlow, S. H., Richardson, E. J., Donnell, A. J., et Villani, J. (2002). A systematic program to enhance clinician group skills in an inpatient psychiatric hospital. *International Journal of Group Psychotherapy*, 52(4), 555-587.

Burlingame, G. M., McClendon, D. T., and Alonso, J. (2011). Cohesion in group therapy. *Psychotherapy* 48, 34–42.

Burlingame, G. M., McClendon, D. T., et Yang, C. (2018). Cohesion in group therapy: A meta-analysis. *Psychotherapy*, 55(4), 384-398.

Burlingame, G., Fuhriman, A., et Johnson, J. (2002). Cohesion in group psychotherapy. Dans J. C. Norcross (Ed.). *Psychotherapy relationships that work* (71– 87). Oxford University Press.

Burlingame, G. M., Fuhriman, A., et Mosier, J. (2003). The differential effectiveness of group psychotherapy: A meta-analytic perspective. *Group Dynamics: Theory, Research, and Practice*, 7(1), 3-12.

Caple, R. B., et Cox, P. L. (1989). Relationships among group structure, member expectations, attraction to the group, and satisfaction with the group experience. *Journal for Specialists in Group Work*, 14, 16-24.

Carter M. J. et Van Andel G. E. (2011). *Therapeutic Recreation: A Practical Approach* (4ème Eds.). Long Grove Illinois: Waveland Press.

Chen M.-W., et Rybak C. (2017). *Group Leadership Skills: Interpersonal Process in Group Counseling and Therapy* (2ème Edition). USA : SAGE Publication.

Cogswell, J., et Negley, S. K. (2011). The effect of autonomy-supportive therapeutic recreation programming on integrated motivation for treatment among persons who abuse substances. *Therapeutic Recreation Journal*, 45(1), 47-61

Comité permanent sur les troubles concomitants. (2005). *Toxicomanie, jeu pathologique et troubles mentaux : pour une intervention efficace des centres et de leurs partenaires*. Montréal : Fédération québécoise des centres de réadaptation pour personnes alcooliques et autres toxicomanes.

Connors, G. J., DiClemente, C. C., Velasquez, M. M., et Donovan, D. M. (2013). *Substance abuse treatment and the stages of change: Selecting and planning interventions* (2nd ed.). New York, NY, US: Guilford Press

Corbière M. et Larivière N. (2014). *Méthodes qualitatives, quantitatives et mixtes*. Presses de l'Université du Québec.

Corey, M. S., Corey, G. et Corey, C. (2018). *Groups: Process and practice* (10ème Edition). Cengage Learning.

Cournoyer, L.-G., Brochu, S., Landry, M., et Bergeron, J. (2007). Therapeutic alliance, patient behaviour and dropout in a drug rehabilitation programme: The moderating effect of clinical subpopulations. *Addiction*, 102, 1960- 1970.

Crowe T. P., et Grenyer B. F. (2008). Is therapist alliance or whole group cohesion more influential in group psychotherapy outcomes? *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 15(4), 239-246.

Derisley, J., et Reynolds, S. (2000). The transtheoretical stages of change as a predictor of attendance and alliance in psychotherapy. *British Journal of Clinical Psychology*, 39, 371-383.

Deslauriers, J.P. (1991). *Recherche qualitative : guide pratique*. Montréal, McGraw-Hill.

Despland J.-N., de Roten Y., Martinez A.-C., Plancherel A.-C. et Solai S. (2000). L'alliance thérapeutique : un concept empirique. *Médecine & Hygiène*, 58, 1877-1880.

Dévaud, C. et Guraiib, G. (2011). Psychothérapies de groupe d'auteurs de violence sexuelle: Intérêt d'un traitement de groupe combiné avec un suivi individuel. *Psychothérapies*, 31(1), 27-37.

Dion, K. L. (2000). Group cohesion: From "field of forces" to multidimensional construct. *Group Dynamics: Theory, Research, and Practice*, 4(1), 7-26.

Duncan, B. L., Miller, S. D., Wampold, B. E., et Hubble, M. A. (2010). *The heart and soul of change: Delivering what works in therapy* (2nd ed.). Washington, DC, US: American Psychological Association.

Ellis, C. C., Peterson, M., Bufford, R., et Benson, J. (2014). The importance of group cohesion in inpatient treatment of combat-related PTSD. *International Journal of Group Psychotherapy*, 64(2), 180-206.

Falkowski, W. (1996). Group therapy and the addictions. Dans: Edwards, G., and Dare, C., eds. *Psychotherapy, Psychological Treatments and the Addictions*. Cambridge: Cambridge University Press, pp. 206–219.

Freud,S.(1913). On the beginning of treatment: Further recommendations on the technique of psychoanalysis . Dans: J. Strachey (Ed.), *Standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud*, (122-144). London: Hogarth Press

Fuhriman, A., et Burlingame, G. (1990). Consistency of matter: A comparative analysis of individual and group process variables. *Counseling Psychologist*, 18(1), 6–63.

Gagnon, Y.-C. (2005). *L'étude de cas comme méthode de recherche*. Québec : PUQ.

Gallagher, M. E., Tasca, G. A., Ritchie, K., Balfour, L., et Bissada, H. (2014). Attachment anxiety moderates the relationship between growth in group cohesion and treatment outcomes in group psychodynamic interpersonal psychotherapy for women with binge eating disorder. *Group Dynamics: Theory, Research, and Practice*, 18(1), 38–52.

Garner, B. R., Godley, S. H., et Funk, R. R. (2008). Predictors of early therapeutic alliance among adolescents in substance abuse treatment. *Journal of Psychoactive Drugs*, 40, 55-65.

Gaston, L. et Marmar, C. R. (1994). The California Psychotherapy Alliance Scales. Dans: Horvath A. O. et Greenberg L.S. (Eds.), *Wiley series on personality processes. The working alliance: Theory, research, and practice* (85-108). Oxford, England: John Wiley & Sons.

Gaudet, S., et Robert, D. (2018). *L'aventure de la recherche qualitative : Du questionnement à la rédaction scientifique*. Ottawa: Les Presses de l'Université d'Ottawa.

Gelkopf, M., et Kreitler, S. (1996). Is humor only fun, an alternative cure or magic: The cognitive therapeutic potential of humor. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 10, 235-254.

Gillaspy, J. A., Jr., Wright, A. R., Campbell, C., Stokes, S., et Adinoff, B. (2002). Group alliance and cohesion as predictors of drug and alcohol abuse treatment outcomes. *Psychotherapy Research*, 12(2), 213-229.

Glidden-Tracey, C. E. (2005). *Counseling and therapy with clients who abuse alcohol or other drugs*. London: Sage.

Gouvernement du Canada (2019). À propos de la consommation problématique de substances. Disponible à : <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/dependance-aux-drogues/usage-problematique-substances.html>

Gray T.M. et Rubel D. (2018). “Sticking Together”: The Adolescent Experience of the Cohesion Process in Rural School Counseling Groups. *The Journal for Specialists in Group Work*, 43(1), 35-56, .

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

Hamel, J. (1997). *Étude de cas et sciences sociales*. Montréal, QC : L'Harmattan.

Hartley, D.E. et Strupp H.H. (1983) The therapeutic alliance: Its relationship to outcome in brief psychotherapy. Dans : *Journal Masling (Ed). Empirical Studies in Analytic Theories* (1-37). Hillside, NJ: Erlbaum

Hersoug, A. G., Hoglend, P., Monsen, J. T., et Havik, O. E. (2001). Quality of working alliance in psychotherapy: Therapist variables and patient/therapist similarity as predictors. *Journal of Psychotherapy Practice and Research*, 10(4), 205-216.

Hill R. et Harris J. (2011). *Principles and Practice of Group Work in Addictions*. London: Routledge.

Holdsworth, E., Bowen, E., Brown, S., Howat, D. (2014). Client engagement in psychotherapeutic treatment and associations with client characteristics, therapist characteristics, and treatment factors *Clinical Psychology Review*, 34 (5), 428-450.

Holmes, S. E., et Kivlighan, D. M., Jr. (2000). Comparison of therapeutic factors in group and individual treatment processes. *Journal of Counseling Psychology*, 47(4), 478-484.

Horvath, A. O., et Greenberg, L. S. (Eds.). (1994). *Wiley series on personality processes. The working alliance: Theory, research, and practice*. Oxford, England: John Wiley & Sons.

Horvath A. O., Bedi R. P. (2002). The alliance. Dans: Norcross J. C (Eds.) *Psychotherapy Relationships That Work: Therapist Contributions and Responsiveness to Patients*. (37-69). New York: Oxford University Press.

Horvath, A. O., et Greenberg, L. S. (1986). The development of the Working Alliance Inventory. Dans: L. S. Greenberg et W. M. Pinsof (Eds.), *Guilford clinical psychology and psychotherapy series. The psychotherapeutic process: A research handbook*. (529-556). New York, NY, US: Guilford Press.

Horvath, A. O., et Greenberg, L. S. (1989). Development and validation of the Working Alliance Inventory. *Journal of Counseling Psychology*, 36(2), 223-233.

Hubble, M. A., Duncan, B. L., et Miller, S. D. (Eds.). (1999). *The heart and soul of change: What works in therapy*. Washington, DC, US: American Psychological Association.

Institut de la statistique du Québec. (2014-2015). Enquête québécoise sur la santé de la population (EQSP). Disponible à : <http://www.stat.gouv.qc.ca/statistiques/sante/etat-sante/sante-globale/sante-quebecois-2014-2015.pdf>

Institut national de santé publique du Québec. (2018). *Décès attribuables à une intoxication aux opioïdes au Québec*. Repéré à : <https://www.inspq.qc.ca/surdoses-opioides/deces-attribuables-une-intoxication-aux-opioides/deces-attribuables-une-intoxication-aux-opioides-au-quebec-2016>

Joe, G. W., Simpson, D. D., Dansereau, D. F., et Rowan-Szal, G. A. (2001). Relationships between counselling rapport and drug abuse treatment outcomes. *Psychiatric Services*, 52(9), 1223-1229.

Johnson, D. P., Penn, D. L., Bauer, D. J., Meyer, P., et Evans, E. (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.

Johnson, J. (2007). Cohesion, alliance, and outcome in group psychotherapy: Comments on Joyce, Piper, et Ogrodniczuk (2007). *International Journal of Group Psychotherapy*, 57(4), 533-540.

Johnson, J. E., Burlingame, G. M., Olsen, J. A., Davies, D. R., et Gleave, R. L. (2005). Group Climate, Cohesion, Alliance, and Empathy in Group Psychotherapy: Multilevel Structural Equation Models. *Journal of Counseling Psychology*, 52(3), 310-321.

Johnson, J. E., Pulsipher, D., Ferrin, S. L., Burlingame, G. M., Davies, D. R., et Gleave, R. (2006). Measuring group processes: A comparison of the GCQ and CCI. *Group Dynamics: Theory, Research, and Practice*, 10(2), 136-145.

Joyce, A. S., Piper, W. E., et Ogrodniczuk, J. S. (2007). Therapeutic alliance and cohesion variables as predictors of outcome in short-term group psychotherapy. *International Journal of Group Psychotherapy*, 57(3), 269-296.

Kauff, P. F. (2009). Transference in Combined Individual and Group Psychotherapy. *International Journal of Group Psychotherapy*, 59(1), 29-46.

Keats, P. A., et Sabharwal, V. V. (2008). Time-limited service alternatives: Using therapeutic enactment in open group therapy. *Journal for Specialists in Group Work*, 33(4), 297-316.

Khantzian, E. J., et Albanese, M. J. (2008). Understanding addiction as self-medication: Finding hope behind the pain. New York: Rowman & Littlefield.

Kivlighan, D. M. Jr., Patton, M. J., et Foote, D. (1998). Moderating effects of client attachment on the counselor experience–working alliance relationship. *Journal of Counseling Psychology*, 45(3), 274-278

Kivlighan, D. M., Jr., et Tarrant, J. M. (2001). Does group climate mediate the group leadership–group member outcome relationship? A test of Yalom's hypotheses about leadership priorities. *Group Dynamics: Theory, Research, and Practice*, 5(3), 220-234.

Kivlighan, D. M., Jr., Coleman, M. N., et Anderson, D. C. (2000). Process, outcome, and methodology in group counseling research. Dans: S. D. Brown & R. W. Lent (Eds.), *Handbook of counseling psychology* (pp. 767-796). Hoboken, NJ, US: John Wiley & Sons Inc.

Klinkenberg, W. D., Calsyn, R. J., et Morse, G. A. (1998). The helping alliance in case management for homeless persons with severe mental illness. *Community Mental Health Journal*, 34, 560-578.

Lambert, M. J. (1992). Psychotherapy outcome research: Implications for integrative and eclectic therapists. Dans: J. C. Norcross et M. R. Goldfried (Eds.), *Handbook of psychotherapy integration* (pp. 94-129). New York, NY, US: Basic Books.

Lecomte, C., Savard, R., Drouin, M., et Guillon, V. (2004). Qui sont les psychothérapeutes efficaces? Implications pour la formation en psychologie. *Revue québécoise de psychologie*, 25(3), 73-102

Lenzo, V., Gargano, M. T., Mucciardi, M., Lo Verso, G., et Quattropani, M. C. (2014). Clinical efficacy and therapeutic alliance in a time-limited group therapy for young adults. *Research in Psychotherapy: Psychopathology, Process and Outcome*, 17(1), 9-20.

Lenzo, V., Gargano, M. T., Mucciardi, M., Lo Verso, G., et Quattropani, M. C. (2014). Clinical efficacy and therapeutic alliance in a time-limited group therapy for young adults. *Research in Psychotherapy: Psychopathology, Process and Outcome*, 17(1), 9-20.

Lese, K. P., et MacNair-Semands, R. R. (2000). The Therapeutic Factors Inventory: Development of a scale. *Group*, 24(4), 303-317.

Lese, K. P., et MacNair-Semands, R. R. (2000). The Therapeutic Factors Inventory: Development of a scale. *Group*, 24(4), 303-317.

Lindgren A., Barber J.P., et Sandahl C.(2008). Alliance to the Group—as-a-Whole as a Predictor of Outcome in Psychodynamic Group Therapy. *International Journal of Group Psychotherapy*, 58(2), 163-184.

MacKenzie, K. R. (1983). The clinical application of a group climate measure. Dans: Dies et MacKenzie (Eds.), *Advances in group psychotherapy: Integrating research and practice* (pp. 159-170). Madison, CT: International Universities Press.

MacKenzie, K. R. (2001). Group psychotherapy. Dans: W. J. Livesley (Ed.), *Handbook of personality disorders* (497-526). New York: Guilford Press.

MacKenzie, K.R., (1994). *The developing structure of the therapy group system. In Bernard et Mackenzie, basic of group psychotherapy*. New York: Guilford Press.

MacKenzie, K.R., et Tschuschke, V. (1993). Relatedness, group work, and outcome in long-term inpatient psychotherapy groups. *Journal of Psychotherapy Practice and Research*, 2(2), 147–156.

MacNair-Semands R. R., Ogrodniczuk J. S., et Joyce A. S. (2010). Structure and Initial Validation of a Short Form of the Therapeutic Factors Inventory. *International Journal of Group Psychotherapy*, 60 (2), 245-281.

Marmar, C. R., Weiss, D. S., et Gaston, L. (1989). Toward the validation of the California Therapeutic Alliance Rating System. *Psychological Assessment: A Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1(1), 46-52.

Martin, D. J., Garske, J. P., et Davis, M. K. (2000). Relation of the therapeutic alliance with outcome and other variables: A meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68(3), 438-450.

Marziali E. (1984). Prediction of Outcome of Brief Psychotherapy From Therapist Interpretive Interventions. *Arch Gen Psychiatry*, 41(3), 301–304.

Marziali, E., Munroe-Blum, H., et McCleary, L. (1997). The contribution of group cohesion and group alliance to the outcome of group psychotherapy. *International Journal of Group Psychotherapy*, 47(4), 475-97.

Meier, P. S., Barrowclough, C., et Donmall, M. C. (2005a). The role of therapeutic alliance in the treatment of substance misuse: A critical review of the literature. *Addiction*, 100(3), 304-316.

Meier, P. S., Donmall, M. C., Barrowclough, C., McElduff, P., et Heller, R. F. (2005b). Predicting the early therapeutic alliance in the treatment of drug misuse. *Addiction*, 100, 500-511.

Meier, P. S., Donmall, M. C., McElduff, P., Barrowclough, C., et Heller, R. F. (2006). The role of the early therapeutic alliance in predicting drug treatment dropout. *Drug and Alcohol Dependence*, 83, 57-64.

Miller, W. R., et Hester, R. K. (1986). The effectiveness of alcoholism treatment: What research reveals. Dans W.R. Miller et N. Heather (éds.), *Treating addictive behaviours: Processes of change*, New York: Plenum Press.

Miller, W. R., et Rollnick, S. (2013). *L'entretien motivationnel : aider la personne à engager le changement* (3^{ème} Edition). Paris: InterÉditions-Dunod.

Moeseneder, L., Ribeiro, E., Muran, J. C., et Caspar, F. (2018). Impact of confrontations by therapists on impairment and utilization of the therapeutic alliance. *Psychotherapy Research*, 29(3), 293-305

Monti, P., Barnett, N., Colby, Suzanne C., Gwaltney J. C., Spirito A., Rohsenow J. D., et, Robert, W. (2007). Motivational interviewing versus feedback only in emergency care for young adult problem drinking. *Addiction*. 102(8), 1234-43.

Mosnier-Pudar H. et Hochberg-Parer G. (2008). Éducation thérapeutique, de groupe ou en individuel : que choisir ? *Médecine des maladies Métaboliques*, 2(4), 425-431.

Muran, J. C., et Barber, J. P. (2010). *The therapeutic alliance: An evidence-based guide to practice*. New York: Guilford Press.

Norcross, J. C. et Lambert, M. J. (2018). Psychotherapy relationships that work III. *Psychotherapy*, 55(4), 303-315.

Ogrodniczuk, J. S., Piper, W. E., Joyce, A. S., et McCallum, M. (2000). Different perspectives of the therapeutic alliance and therapist technique in 2 forms of dynamically oriented psychotherapy. *The Canadian Journal of Psychiatry / La Revue canadienne de psychiatrie*, 45(5), 452-458

Office des Nations Unies contre la drogue et le crime. (2016). *Rapport mondial sur les drogues*. Repéré à : https://www.unodc.org/doc/wdr2016/WDR_2016_ExSum_french.pdf

Paillé, P. et Mucchielli, A. (2008). *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales*. Paris, Armand Colin.

Pinsolf, W. M., et Catherall, D. R. (1986). The integrative psychotherapy alliance: Family, couple and individual therapy scales. *Journal of Marital and Family Therapy*, 12(2), 137-151.

Piper W.E., Ogrodniczuk J.S., Lamarche C., Hilscher T., et Joyce A.S., (2005). Level of Alliance, Pattern of Alliance, and Outcome in Short-term Group Therapy. *International Journal of Group Psychotherapy*, 55(4), 527-550.

Polcin D.L. (2003). Rethinking confrontation in alcohol and drug treatment: consideration of the clinical context. *Subst Use Misuse*, 38(2), 165-84.

Prochaska, J. O., et DiClemente, C. C. (1982). Transtheoretical therapy: Toward a more integrative model of change. *Psychotherapy: Theory, research and practice*, 19, 276-288.

Renou, M. (2005). *Psychoéducation, une conception, une méthode*. Montréal, QC : science et culture.

Rogers, C. R. (1968). Interpersonal Relationships: U.S.A. 2000. *The Journal of Applied Behavioral Science*, 4(3), 265–280.

Rutan, J. S. et Stone, W.N. (2001). *Psychodynamic group psychotherapy*. New York: Guilford Press, (3rd. Ed.).

Safran, J. D. et Muran, J. C. (2000). *Negotiating the therapeutic alliance: A rational treatment guide*. New York: Guilford Press.

Schwartz (2004). Therapeutic alliance, group climate, and client self-efficacy: influences on outcome in group therapy for driving anger reduction (Thèse de doctorat). Université du Colorado.

Santé Canada. (2012). *Enquête de surveillance canadienne de la consommation d'alcool et de drogues*. Repéré à : <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/preoccupations-liees-sante/prevention-traitement-toxicomanie/statistiques-consommation-drogues-alcool/enquete-surveillance-canadienne-consommation-alcool-drogues-sommaire-resultats-2012.html>

Seligman, M. E. P. (1995). The effectiveness of psychotherapy: The Consumer Reports study. *American Psychologist*, 50(12), 965-974

Sobell L.C. et Sobell M. B. (2011). *Group therapy for substance use disorder*. Guilford Press, New York.

Sobell, L. C., Sobell, M. B., et Agrawal, S. (2009). Randomized controlled trial of a cognitive-behavioral motivational intervention in a group versus individual format for substance use disorders. *Psychology of Addictive Behaviors*, 23(4), 672-683.

Stangier, U., Heidenreich, T., Peitz, M., Lauterbach, W., et Clark, D. M. (2003). Cognitive therapy for social phobia: Individual versus group treatment. *Behaviour Research and Therapy*, 41(9), 991-1007.

Steffen, S., et Reid, C. (2017). Evidence-Based Practice in Therapeutic Recreation: An Examination of Clinical Decision-Making in Mental Health. *Therapeutic Recreation Journal*, 51(1).

Sultanoff, S. M. (2013). Integrating humor into psychotherapy: Research, theory, and the necessary conditions for the presence of therapeutic humor in helping relationships. *The Humanistic Psychologist*, 41(4), 388-399.

Taft, C. T., Murphy, C. M., Musser, P. H., et Remington, N. A. (2004). Personality, Interpersonal, and Motivational Predictors of the Working Alliance in Group Cognitive Behavioral Therapy for Partner Violent Men. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72(2), 349-354.

Thomas, M. L. (2006). The Contributing Factors of Change in a Therapeutic Process. *Contemporary Family Therapy: An International Journal*, 28(2), 201-210.

Tourigny M. et Hébert M. (2007). Comparison of Open Versus Closed Group Interventions for Sexually Abused Adolescent Girls.

Urbanoski, K. A., Kelly, J. F., Hoepfner, B. B., et Slaymaker, V. (2012). The role of therapeutic alliance in substance use disorder treatment for young adults. *Journal of substance abuse treatment*, 43(3), 344-51.

Van Andel P., Erdman RA, Karsdorp PA, Appels A, et Trijsburg RW. (2003). Group cohesion and working alliance: prediction of treatment outcome in cardiac patients receiving cognitive behavioral group psychotherapy. *Psychother Psychosom*, 72(3), 141-9.

Vasilaki, E.I., Hosier, S.G., Cox, W.M. (2006) the efficacy of motivationnal interviewing as a brief intervention for excessive drinking : A meta-analytic review. *Alcohol and Alcoholism*, 43(1), 328-335.

Wagner C. C, et Ingersoll K. (2015). *Pratique de l'entretien motivationnel en groupe*. Paris: InterÉditions.

Wendt, D. C., et Gone, J. P. (2018). Complexities with group therapy facilitation in Substance Use Disorder specialty treatment settings. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 88, 9-17.

White WL, et Miller WR. (2007). The use of confrontation in addiction treatment: History, science, and time for a change. *The Counselor*, 8(4), 12–30.

Wolfe S., Kay-Lambkin, F., et Bowman, J. (2013). To enforce or engage: The relationship between coercion, treatment motivation and therapeutic alliance within community-based drug and alcohol clients. *Addictive Behaviors*, 38 (5), 2187-2195.

Woody, S. R., et Adessky, R. S. (2002). Therapeutic alliance, group cohesion, and homework compliance during cognitive-behavioral group treatment of social phobia. *Behavior Therapy*, 33(1), 5-27.

Yalom I.D. (1966). A Study of Group Therapy Dropouts. *Arch Gen Psychiatry*. 14(4), 393–414.

Yalom I. D. et Leszcz M. (2005). *Theory and Practice of Group Psychotherapy*. 5th ed. New York, NY: Basic Books.

Yin, R.K. (2009). *Case study research : Design and Methods*. (4ème Edition). Sage publication.

Zetzel, E.R. (1956). Current concepts of transference. *International Journal of Psychoanalysis*, 37, 369-376.

