

Université de Montréal

**L'importance de l'alliance thérapeutique en contexte de relation
d'aide auprès d'adolescents victimes d'agressions sexuelles et leurs
proches**

par Mathieu Boisvert

École de criminologie
Faculté des arts et sciences

Rapport de stage présenté à la Faculté des études supérieures et postdoctorales)
en vue de l'obtention du grade de Maître ès sciences (M. Sc.)
en Criminologie
option Stage-Intervention

Mai 2019

© Mathieu Boisvert, 2019

Résumé

L'agression sexuelle envers les adolescents est une problématique préoccupante. Certaines études estiment qu'environ 20% des filles et 10% des garçons sont victimes d'agressions sexuelles avant l'âge de 18 ans (Tourigny, Hébert, Joly, Cyr, et Baril 2008).

L'importance de l'alliance thérapeutique en contexte de relation d'aide auprès des adolescents victimes d'agressions sexuelles et leurs proches est étudiée dans le cadre d'un stage clinique réalisé au Centre d'expertise Marie-Vincent (CEMV). L'agression sexuelle tend à bouleverser la perception des rapports interpersonnels chez la victime et ses proches et introduit alors des notions de trahison, de méfiance et/ou de confusion sur le plan de l'intimité et des frontières interpersonnelles. Il s'agit d'un défi considérable pour les intervenants travaillant avec cette clientèle, ce qui soutient la pertinence d'accorder une grande importance à ce concept qu'est l'alliance thérapeutique.

Le présent projet de stage se penche sur l'intervention auprès des adolescents victimes d'AS et leurs proches. L'objectif principal est de documenter les défis rencontrés dans le développement de l'alliance thérapeutique auprès d'une clientèle adolescente victime d'AS et d'ouvrir le dialogue avec les cliniciennes sur des stratégies reconnues et permettant d'optimiser cette alliance. Une présentation orale faisant état de la littérature scientifique concernant l'alliance thérapeutique a été présentée à l'équipe clinique du CEMV, puis deux Focus groups ont été réalisés avec celle-ci afin de discuter de l'apport d'un outil clinique permettant d'évaluer avec le client la qualité de l'alliance thérapeutique.

Somme toute, l'utilisation optionnelle de l'outil clinique n'a guère été populaire chez les cliniciennes, principalement en raison de la charge de travail déjà existante reliée au fait que

cette équipe participe déjà à divers projets de recherches ajoutant à leur tâche clinique la complétion de plusieurs questionnaires de recherche. Néanmoins, les focus groups ont été, pour leur part, grandement appréciés de l'équipe clinique. Les cliniciennes ont rapporté que ces discussions ont permis de les sensibiliser davantage à la nécessité de se questionner sur la qualité de l'alliance thérapeutique qu'elles tentent d'instaurer avec leur client, tout en accordant de l'importance à l'opinion du jeune sur cet aspect. À la suite de ces échanges, certaines cliniciennes ont d'ailleurs été en mesure de constater des changements dans leurs pratiques. En jumelant nos observations aux défis identifiés par les cliniciennes, nous en venons à formuler une recommandation quant à la pertinence de développer une formation continue dont l'objectif serait de maintenir cette sensibilité au concept de l'alliance thérapeutique; un aspect du travail clinique parfois délaissé lorsque les tâches administratives deviennent plus lourde ou le contexte d'intervention plus régit par des objectifs thérapeutiques préétablis.

Mots-clés : Agression sexuelle, Adolescence, Alliance thérapeutique, conséquences, ruptures d'alliance, Centre d'expertise Marie-Vincent, Intervention, soutien, famille

Abstract

Sexual abuse towards adolescents is a serious problem. Some studies estimate that about 20% of girls and 10% of boys are victims of sexual abuse before the age of 18 (Tourigny, Hébert, Joly, Cyr, and Baril 2008). Thus, the importance of the therapeutic alliance in the context of a helping relationship with adolescents who are victims of sexual abuse and their related, is studied as part of a clinical internship at the Centre expertise Marie-Vincent (CEMV). Sexual abuse tends to devastate the perception of interpersonal relationships among the victim and their close ones and introduces notions of treason, mistrust and / or confusion about intimacy and interpersonal boundaries. This is a considerable challenge for the professionals working with this clientele, which supports the relevance of attaching great importance to the therapeutic alliance concept.

This internship project focuses on the intervention with adolescent victims of SA and their relatives. The main objectives are to document the challenges encountered in the development of the therapeutic alliance with an adolescent victim clientele of SA and to open a dialogue with the clinicians on recognized strategies to optimize this alliance. An oral presentation describing the scientific literature on the therapeutic alliance was presented to the clinical team of the CEMV and then two Focus groups were formed with this one to discuss the contribution of a clinical tool allowing evaluating with the client the quality of the therapeutic alliance.

Overall, the optional use of the clinic tool has not been popular among female clinicians, mainly because of the existing workload of this team who is already involved in various research projects, adding to their clinical task of completion of several research questionnaires-

Nevertheless, the focus groups were, for their part, greatly appreciated by the clinical team. The clinicians reported that these discussions raised their awareness of the need to question the quality of the therapeutic alliance they are trying to establish with their client, while giving importance to young people's opinions on this aspect. Following these exchanges, some clinicians are moreover able to see changes in their practices. By combining our observations with the challenges identified by the clinicians, we come to a recommendation as to the relevance of developing an ongoing training, which objective would be to maintain this sensitivity to the concept of the therapeutic alliance; an aspect of the clinical work sometimes neglected, when administrative tasks become heavier or the context of intervention more governed by pre-established therapeutic objectives.

Keywords : Sexual abuse, adolescents, therapeutic alliance, consequences, alliance rupture, Centre d'expertise Marie-Vincent, intervention, support, family

Table des matières

Résumé.....	1
Abstract.....	3
Table des matières.....	5
Liste des tableaux.....	8
Liste des sigles	9
Liste des abréviations.....	10
Remerciements.....	11
Introduction.....	12
Chapitre 1 : Milieu de stage	15
Chapitre 2 : La recension des écrits	19
2.1 Le concept d'agression sexuelle	19
2.1.1 Définition	19
2.1.2 Prévalence	21
2.1.3 Facteurs de risques	23
2.1.4 Conséquences.....	24
2.1.5 Variabilité des victimes.....	30
2.1.6 Modèle de Spaccarelli.....	31
2.1 Le concept d'alliance thérapeutique	34
2.2.1 Définition	34
2.2.2 Rupture d'alliance thérapeutique	35
2.2.3 Biais d'autoévaluation	37
2.2.4 Meilleures pratiques.....	39
2.2.5 Les caractéristiques des adolescents en lien avec l'AT	40
2.2.6 L'importance de l'alliance thérapeutique en contexte d'intervention auprès des adolescents victimes d'AS	45
2.2.7 L'importance de l'alliance thérapeutique en contexte d'intervention auprès des proches d'adolescents victimes d'AS	45

Chapitre 3 : La méthodologie	47
3.1 Objectifs	47
3.2 Choix de l'approche	48
3.3 Source de données.....	48
3.3.1 Présentation orale.....	49
3.3.1.1 Session Rating Scale.....	49
3.3.2 Focus Group.....	52
3.3.3 Notes personnelles	53
3.4 Participantes	54
3.4.1 Sélection.....	54
3.4.2 Caractéristiques.....	56
3.5 Analyse des données	58
3.6 Thèmes abordés	58
3.7 Limite de ce projet	60
Chapitre 4 : L'analyse.....	62
4.1 Indices permettant d'évaluer la qualité de l'alliance thérapeutique.....	62
4.2 Les ruptures d'alliances	66
4.3 Enjeux avec les adolescents en intervention	69
4.3.1 Particularité dans l'intervention auprès des adolescents.....	70
4.3.2 Moyens concrets pour créer l'alliance avec les adolescents	74
4.4 Appréciation générale du Session Rating Scale.....	76
4.4.1 Premier Focus Group	76
4.4.2 Deuxième Focus Group	81
4.4 Appréciation personnelle	86
4.5.1 Points positifs.....	86
4.5.2 Défis rencontrés	88
Chapitre 5 : Discussion	90
5.1 Les adolescents victimes d'AS, une clientèle particulière	91
5.2 Le type d'approche, un enjeu pour l'alliance?	94

5.3 L'utilisation d'un outil clinique permettant d'évaluer la qualité de l'alliance, un objectif réaliste ?	96
5.4 Expérience personnelle	97
5.5 L'alliance thérapeutique, un sujet vécu implicitement, mais rarement explicitement....	99
5.6 Recommandation clinique	100
Conclusion	102
Bibliographie.....	i
ANNEXE 1	xi
ANNEXE 2	xiv
ANNEXE 3	xvi

Liste des tableaux

Tableau I : Caractéristiques des cliniciennes lors du premier Focus Group..... 54

Tableau II : Caractéristiques des cliniciennes lors du premier Focus Group..... 55

Liste des sigles

CEMV : Centre d'expertise Marie-Vincent

DPJ : Direction de la protection de la jeunesse

ESCC : d'une Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes

LPJ : Loi sur la protection de la jeunesse

PAJ : Parcours amoureux des jeunes

SIAM : services intégrés en abus et maltraitance

SIPP : Services intégrés psychosociaux auprès des parents

SRS : Session Rating Scale

Liste des abréviations

AS : Agression sexuelle

Remerciements

Tout d'abord, j'aimerais remercier toute l'équipe du Centre d'expertise Marie-Vincent, qui m'a accueilli à bras ouverts. Un remerciement spécial à ma superviseuse Sophie Bousquet et à ma "coach" de stage Laurence Tremblay. Votre passion, votre professionnalisme, votre soutien et votre sens de l'humour m'ont permis de me développer dans un milieu fort agréable. Ce fut une expérience enrichissante, parsemée d'apprentissage, de réussite et de plaisir ! Je garde d'agréables souvenirs de mon passage avec vous.

Je tiens à remercier ma directrice maîtrise, Isabelle Daignault. Merci Isabelle de tes judicieux conseils tout au long de mon parcours à l'Université de Montréal. La rédaction de ce rapport de stage a été une épreuve difficile pour moi, où la conciliation travail/étude est venue complexifier la démarche. Ton expertise, ta patience, ton soutien et tes encouragements m'ont toutefois permis de mener à terme ce long projet. Ce fut un réel plaisir de travailler avec toi !

Merci à mes collègues Catherine, My Ann, Julie et Justine. J'ai grandement apprécié nos moments pour ventiler, travailler et rire à profusion ! Bonne chance à tous pour la suite.

Merci à mes parents Jean et Céline ainsi qu'à ma soeur Véronique qui m'ont soutenu, aidé et motivé à travers ce long parcours ! Mention honorable à Marie-Christine Cyr qui a su m'endurer et me soutenir lors de mes moments de stress, particulièrement vers la fin. C'est un privilège de vous avoir dans ma vie.

Introduction

L'agression sexuelle (AS) pendant l'enfance et l'adolescence est une problématique préoccupante. Les études estiment que cette problématique affecte une fille sur cinq et un garçon sur 10 avant l'âge de 18 ans (Tourigny, Hébert, Joly, Cyr, et Baril 2008; Stoltenborgh, Van IJzendoorn, Euser et Bakermans-Kranenburg, 2011; Hébert, Lavoie et Blais, 2014; Flores, Laforest et Joubert, 2016). Le présent rapport académique de stage se penche sur l'intervention auprès de cette clientèle. Mon stage s'est effectué au Centre d'Expertise en agression sexuelle Marie-Vincent (CEMV). Il s'agit d'un centre d'appui aux enfants et adolescents qui centralise tous les services au même endroit (policiers, médicaux, psychosociaux, sociojuridiques) afin d'offrir une stabilité, une cohérence et une spécialisation des services à la clientèle. Ce centre est un des rares Centres d'appui au Canada et le premier à s'être développé au Québec. Depuis août 2018, le SIAM (services intégrés en abus et maltraitance) offre aussi ce genre de services aux enfants dans la région de Québec. En tant que stagiaire, j'ai œuvré avec une équipe dont le mandat est d'offrir des services d'interventions psychosociales auprès des parents et des adolescents, communément appelé les "SIPP". La particularité des SIPP est de rencontrer les adolescents ainsi que leurs parents à la suite de l'investigation policière. Cette investigation survient peu de temps après le dévoilement de l'AS auprès des autorités ou du directeur de la protection de la jeunesse (DPJ). Généralement, ce type de dévoilement a l'effet d'une bombe qui explose au sein des familles, considérant que l'agresseur est souvent un proche du jeune. Les adolescents et les parents se retrouvent ainsi majoritairement démunis devant cette nouvelle. Ils ont besoin de soutien et d'accompagnement afin de mieux comprendre la suite des événements, tant sur le plan judiciaire que psychologique. En ce sens, notre rôle est donc de les accueillir dans ce qu'ils vivent et de leur expliquer les services offerts au CEMV. Par

conséquent, il s'agit de la porte d'entrée vers des services spécialisés leur permettant de mieux s'adapter au drame vécu. Cette rencontre est d'une grande importance, tant pour les adolescents que leurs proches, puisqu'elle dictera très souvent la poursuite ou non des services thérapeutiques. Pour ce faire, il est primordial de créer un lien rapidement avec la clientèle afin qu'elle se sente à l'aise, entendue et rassurée. En ce sens, je me suis intéressé aux meilleures pratiques en relation d'aide. La littérature scientifique démontre que le concept d'alliance thérapeutique serait le meilleur prédicteur de l'efficacité d'une intervention thérapeutique ou d'une psychothérapie (Horvath et Symonds, 1991; Martin, Garske, et Davis, 2000; Horvath, Del, Flückiger et Symonds, 2011; Shirk, Karver et Brown, 2011). Plus précisément, environ 25% de l'efficacité d'un traitement est expliqué par l'alliance thérapeutique entre le client et le thérapeute (Horvath et Symonds, 1991 ; Martin et coll, 2000). Dans cette optique, il y a de fortes chances que l'alliance soit un ingrédient important dans le contexte d'une intervention de soutien. Bien que peu d'études se soient intéressées à ce concept auprès d'une clientèle adolescente, en comparaison avec une clientèle adulte (Ayotte, Lanctôt et Tourigny, 2015), l'influence de la qualité de l'alliance sur l'efficacité thérapeutique a aussi été démontrée chez les adolescents (Shirk et coll., 2011). D'ailleurs, une récente étude québécoise, menée auprès de 130 jeunes adolescentes en centre résidentiel, a permis de démontrer qu'une plus forte alliance, rapportée après trois mois de placement, est associée à de moindres symptômes de dépression, de stress post-traumatique et d'extériorisation de la détresse au tournant de l'âge adulte (Ayotte, Lanctôt et Tourigny, 2017). Les symptômes ont été mesurés à l'admission en centre résidentiel et environ quatre ans plus tard.

Toutefois, à notre connaissance, aucune étude ne s'est attardée spécifiquement au concept d'alliance thérapeutique en intervention auprès des adolescents victimes d'agression

sexuelle. De plus, bien qu'elle apparaisse comme un concept simple et généralement acquis, l'alliance thérapeutique est plutôt un concept complexe et dynamique où le point de vue du client est essentiel afin de s'assurer de son efficacité (Horvath et Symonds, 1991; Martin et coll., 2000; Wampold, 2001 ; Horvath et coll. 2011; Ayotte et coll. 2017). Parallèlement, le soutien social s'avère un élément contributif au rétablissement chez les adolescents victimes d'agressions sexuelles (Hébert et coll. 2014 ; Paquette, Tourigny, Joly et Daigneault, 2012 ; Dion et coll. 2016). Considérant que le CEMV offre aussi un soutien aux proches des enfants et adolescents victimes d'AS, le concept d'alliance thérapeutique auprès de cette clientèle est discuté.

Tout d'abord, ce projet détaille brièvement le milieu de stage, soit le CEMV. Par la suite, les définitions et les conséquences de l'AS à l'enfance et l'adolescence sont présentées, puis sont abordés les facteurs de vulnérabilité et de protection qui ont été proposés sur le plan théorique comme étant associés à la variabilité dans les réactions des victimes. La variabilité dans les réactions et les stratégies d'adaptation est aussi conceptualisée à l'aide du modèle théorique de Spacarelli (1994). Étant donné les particularités des victimes d'AS, le concept d'alliance thérapeutique est également exposé considérant la démonstration empirique de son efficacité thérapeutique en relation d'aide auprès de la clientèle adolescente (Shirk et coll., 2011 ; Ayotte et coll. 2017). Plus précisément, les ruptures d'alliance et les enjeux de l'alliance en lien avec les caractéristiques spécifiques à l'adolescence sont discutés. De plus, la pertinence de s'attarder au concept d'alliance thérapeutique auprès d'une clientèle adolescente VAS et leurs proches est abordée. Finalement, l'objectif général ainsi que les objectifs spécifiques de ce projet sont décrits.

Chapitre 1 : Milieu de stage

Afin de bien comprendre, ce projet, le CEMV ainsi que les services offerts sont d'abord présentés.

Le CEMV est un centre d'appui spécialisé venant en aide aux enfants de 17 ans et moins victimes d'agressions sexuelles, ainsi qu'à leurs parents et leurs proches. La mission de l'organisme vise le développement d'une expertise de fine pointe en matière d'agression sexuelle auprès des mineures. Pour ce faire, le centre favorise un lien direct entre la pratique clinique et la recherche. Il est le seul Centre d'appui aux enfants au Canada qui a sa propre Chaire de recherche. La Chaire interuniversitaire Marie-Vincent développe une expertise québécoise de fine pointe en matière de prévention, de dépistage et d'intervention auprès d'enfants et d'adolescents victimes de violence sexuelle. Ce centre d'appui associe les services policiers, médicaux, psychosociaux et sociojudiciaires aux domaines de la connaissance et de la recherche. En d'autres mots, les enquêteurs, les médecins, les infirmières, les psychologues, les sexologues et autres intervenants rassemblent dans un même endroit tous les services dont les enfants victimes d'agressions sexuelles ainsi que leurs parents ont besoin. Ceci permet de faciliter l'adaptation de l'enfant, de créer un climat de confiance et de simplifier la vie des familles, déjà en détresse. De plus, le CEMV met de l'avant une approche collaboratrice axée sur le partenariat entre les différents organismes concernés, en plus d'impliquer les enfants et les parents dans le développement des connaissances. De plus, afin d'élargir les connaissances acquises, le centre offre aussi de la formation aux intervenant(e)s de partout au Québec. La mission de la Fondation est aussi de s'engager sur le plan de la prévention de la violence sexuelle, en ciblant les enfants, les adolescents, les parents, les professionnels et la population

en générale. En ce sens, des services sont aussi offerts à des enfants présentant des comportements sexuels problématiques. Le CEMV a également pour objectifs de mobiliser, autour de la cause de la violence sexuelle, les victimes, leurs parents, les partenaires gouvernementaux, financiers et ceux travaillant auprès des jeunes victimes de violence sexuelle.

En ce qui concerne les services intégrés psychosociaux auprès des parents (SIPP), leur rôle est d'offrir des services d'intervention psychosociale auprès des parents. Le dévoilement d'une agression sexuelle a un impact direct sur la victime, mais aussi sur son entourage. Il n'est pas rare de constater une grande détresse psychologique chez les parents apprenant que leur enfant a été agressé sexuellement. Ceux-ci ont généralement beaucoup de questions relatives aux conséquences sur leurs enfants, comment agir avec eux et concernant la thérapie, en plus d'être envahi par des sentiments d'inquiétude, de colère et de culpabilité. Les parents sont rencontrés à la suite d'une investigation policière au Centre Marie-Vincent où l'agression sexuelle a été jugée fondée par les policiers et/ou la DPJ. Les parents peuvent aussi être contactés suivant une demande de services auprès des partenaires s'ils ont donné leur consentement en ce sens. L'objectif principal des SIPP est d'offrir un soutien aux parents non agresseurs, à la suite de l'entrevue d'investigation policière et en attente d'une évaluation et le cas échéant, d'un suivi en psychothérapie. Dans certains cas, les SIPP peuvent être sollicités à nouveau pendant le processus thérapeutique ; notamment lorsque la famille est confrontée à des enjeux qui dépassent le cadre de la psychothérapie (ex : soucis financiers ou autres éléments affectant la mobilisation au traitement, nouveau signalement à la protection de la jeunesse, etc). Les interventions privilégiées sont le soutien par téléphone ou en rencontre, la psychoéducation sur les réactions possibles de l'enfant suivant le dévoilement et la manière d'intervenir, la communication d'information sur la problématique de violence sexuelle ainsi que la liaison avec

les différents partenaires offrant des services policiers, médicaux, psychosociaux ou sociojudiciaires. Cette dernière intervention permet d'assurer une communication entre les différents acteurs impliqués à la suite du dévoilement de l'enfant pour assurer une concertation, de même qu'une continuité dans les services.

En ce qui a trait à la psychothérapie offerte le plus souvent à la suite des SIPP, cette dernière est offerte aux et est d'approche cognitive comportementale. Il s'agit de la thérapie cognitive comportementale centrée sur le trauma ; « trauma focused cognitive behavioral therapy » (TF-CBT) (Deblinger, Cohen, Mannarino et Steer 2006). Brièvement, elle est conçue pour les enfants de 3 à 17 ans et traite le fonctionnement cognitif, émotionnel et comportemental suivant un trauma chez les enfants, les adolescents et leurs familles. D'une durée de 8 à 25 sessions, elle est composée de rencontres individuelles avec l'enfant, de rencontres individuelles avec les parents et de rencontres conjointes. Il est encouragé d'impliquer le parent dans la psychothérapie afin de favoriser la communication avec le jeune et d'outiller les parents afin qu'ils prennent le relais de soutien à la suite de la psychothérapie. Toutefois, l'adolescent de 14 ans et plus peut décider de ne pas être accompagné par son parent dans la démarche. L'objectif principal de la psychothérapie est d'aider les enfants et les adolescents à surmonter l'évitement traumatique, la honte, la tristesse, la peur et les autres problèmes reliés aux traumatismes. Il s'agit d'un modèle d'intervention qui implique de revenir sur le traumatisme vécu mais qui se veut flexible dans son application. Basé sur des composantes d'intervention précises et sur l'exposition graduelle des événements traumatiques, ce modèle d'intervention permet un dosage de ces composantes d'intervention en fonction des besoins de la clientèle (Simoneau, Daignault & Hébert, 2011 dans Hébert, 2011). Ce modèle d'intervention est appuyé par des données

probantes et a été implanté avec succès par les psychothérapeutes aux États-Unis et dans de nombreux paramètres internationaux (Fitzgerald et Cohen, 2012).

Chapitre 2 : La recension des écrits

2.1 Le concept d'agression sexuelle

Cette section permet de présenter les définitions de l'AS, la prévalence et les conséquences des victimes d'AS. Ensuite, la variabilité des réactions et les difficultés d'adaptions des victimes d'AS sont conceptualisés à l'aide du modèle transactionnel proposé par Spaccarelli (1994).

2.1.1 Définition

À ce jour, il existe plusieurs définitions de l'AS. Considérant les différents enjeux culturels et légaux à travers le monde (Putnam, 2003), il est difficile d'arriver à un consensus d'une définition universelle. Au Québec, plusieurs définitions de ce qu'est une agression sexuelle coexistent. Étant donné que ce projet se concentre essentiellement sur l'enfance (18 ans et moins), il s'avère pertinent de s'attarder à une définition plus précise de cette clientèle. En ce sens, Tourigny et Baril (2011) définissent l'AS envers les mineurs comme :

« Tout acte ou jeu sexuel, hétérosexuel ou homosexuel, entre une ou plusieurs personnes en situation de pouvoir, d'autorité ou de contrôle, et un enfant mineur. Ces actes sexuels ont pour but de stimuler sexuellement l'enfant ou de l'utiliser pour se stimuler soi-même sexuellement ou pour stimuler une autre personne. Lorsqu'il s'agit d'un adulte ou d'une personne ayant de trois à cinq ans de plus que la victime, les lois de plusieurs pays prévoient qu'il y a automatiquement une situation de pouvoir et qu'il s'agit donc d'AS. Lorsqu'il n'y a pas de situation de pouvoir ou de contrôle, il y a AS si la victime ne consent pas ».

Il s'avère aussi pertinent d'étudier la définition de l'agression sexuelle sous un angle légal. Ainsi, la Loi sur la protection de la jeunesse (LPJ)¹ comporte des dispositions spécifiques aux AS commises envers les mineurs. Plus précisément, en vertu de l'article 38 d) de la LPJ, il y a abus sexuel :

« lorsque l'enfant subit des gestes à caractère sexuel, avec ou sans contact physique, de la part de ses parents ou d'une autre personne et que ses parents ne prennent pas les moyens nécessaires pour mettre fin à la situation. »

« Lorsque l'enfant encourt un risque sérieux de subir des gestes à caractère sexuel, avec ou sans contact physique, de la part de ses parents ou d'une autre personne et que ses parents ne prennent pas les moyens nécessaires pour mettre fin à la situation. » (Loi sur la protection de la jeunesse, L.R.Q., chapitre P-34.1.)

Par ailleurs, puisqu'il s'agit d'un aspect important chez la clientèle adolescente, il est aussi pertinent de définir l'âge du consentement. Ainsi, l'âge du consentement légal pour les relations sexuelles est passé en 2008 de 14 ans à 16 ans. Par conséquent, la notion de consentement ne s'applique pas pour un jeune de moins de 16 ans lors d'une plainte policière ou d'une prise en charge du DPJ. Toutefois, certaines exceptions s'appliquent quant aux relations sexuelles volontaires entre eux. Plus précisément,

- lorsque le plus jeune partenaire est âgé de 12 ou 13 ans et que le partenaire le plus âgé est de moins de deux ans son aîné. De plus, ce partenaire ne doit pas être en situation d'autorité, de confiance, d'exploitation et le plus jeune ne doit pas être en situation de dépendance.

¹ La *Loi sur la protection de la jeunesse* (LPJ) vise à protéger tous les mineurs tant au plan de leur sécurité que de leur développement.

- Lorsque le jeune est âgé de 14 à 15 ans et que le partenaire plus âgé est de moins de 5 ans son aînée. De plus, ce partenaire ne doit pas être en situation d'autorité, de confiance, d'exploitation et le plus jeune ne doit pas être en situation de dépendance.

Pour ce qui est des jeunes âgés de 16 à 17 ans, la notion de consentement ne s'applique pas lorsque le partenaire était en situation d'autorité ou de confiance (par exemple, un entraîneur de sport) ou que le jeune était en situation de dépendance vis-à-vis le partenaire. La notion de consentement ne s'applique pas non plus lorsque des personnes de 16 et 17 ans participent à des activités d'exploitation sexuelle (par exemple de la prostitution ou de la pornographie) (art. 153) (tiré de l'âge du consentement sexuel » du site d'Éducaloi ²).

2.1.2 Prévalence

L'ampleur réelle de la problématique des AS est difficile à chiffrer, compte tenu des différences culturelles et légales reliées à la définition de l'AS (Putnam, 2003). En plus, beaucoup de victimes d'agression sexuelle resteront dans le silence face au drame vécu, ce qui complexifie encore une fois l'établissement d'un ratio représentatif des victimes d'AS. Bien qu'il puisse paraître alarmant qu'environ une fille sur cinq et un garçon sur dix rapporte avoir été victime de violence sexuelle avant l'âge de 18 ans, ces chiffres, pour reprendre l'expression de Martine Hébert (2011), ne représentent que la pointe de l'iceberg. En effet, plusieurs études sont confrontées au chiffre noir de la criminalité³. Afin de pallier à cette difficulté, l'Enquête

² www.educaloi.qc.ca/capsules/lage-du-consentement-sexuel.

³ Tous les crimes qui ne sont pas connus du système de justice pénale

Sociale Générale a été créée en 1988 et celle-ci recueille des données sur la victimisation criminelle au Canada approximativement tous les 5 ans, auprès d'un échantillon aléatoire de l'ensemble de la population (Statistique Canada, 2014). À cet effet, l'ESG (2014) a permis de chiffrer que seulement 5% des AS auraient été signalées à la police en 2014. Il est toutefois important de préciser que ce sondage s'adresse aux personnes âgées de 15 ans et plus. En ajout, une étude de Macmillan, Jamieson et Walsh (2003) démontrent que, même lorsque les AS avaient été dévoilées à un proche, entre 80 et 90% des cas n'avaient jamais été rapportés à la police. Même si cette donnée est moins récente, elle fait état du tabou qu'est l'agression sexuelle dans notre société et des difficultés à dénoncer un abus sexuel aux autorités. Enfin, un autre exemple de la faible proportion d'AS signalées aux autorités est la vague de dévoilement déclenché par le mouvement #metoo, où partout aux quatre coins de la planète, des femmes et des hommes ont dénoncé leur victimisation sexuelle à l'âge adulte et avant 18 ans.

Plusieurs études permettent tout de même d'avoir un aperçu de l'ampleur du problème chez les victimes d'AS âgées de moins de 18 ans .

Stoltenborgh et coll. (2011) ont effectué une méta-analyse de 217 études menées dans différents pays entre 1980 et 2008 et estiment le taux de prévalence d'AS avant l'âge de 18 ans à 18% chez les femmes et de 7,6% chez les hommes . De plus, aux États-Unis, Finkelhor, Shattuck, Turner et Hambly (2014) ont comparé les réponses de trois sondages téléphoniques similaires auprès des jeunes en 2003, 2008 et 2011. Leur échantillon final était composé de 781 adolescents de 15 ans, 804 adolescents de 16 ans et 708 adolescents de 17 ans. Leurs résultats révèlent que chez les filles de 15 ans, 16,8 % ont rapporté un AS dans leur vie, tandis que chez les 17 ans, le pourcentage s'élevait à 26,6%. Ceci suggère donc qu'une partie significative d'adolescentes entre 15 et 17 ans sont à risque de subir une agression sexuelle. Chez les garçons,

le pourcentage d'abus sexuel est de 4,3% à 15 ans comparativement à 5,1 % à 17 ans.

Au Québec, deux études rapportent des statistiques similaires. Premièrement, Hébert et coll. (2014) ont réalisé une enquête sur le parcours amoureux des jeunes (PAJ) auprès d'un échantillon représentatif de plus de 8000 participants âgés de 14 à 18 ans de niveau secondaire 3 à 5. Les adolescents ont rempli un questionnaire portant sur leurs expériences de victimisation, dont l'agression sexuelle vécue pendant l'enfance. Les résultats démontrent que 15.2% des filles et 4.4% des garçons ont rapporté avoir été victimes d'un abus sexuel. Deuxièmement, une autre étude québécoise rapporte, à l'aide de donnée autorapportée dans le contexte d'une Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes(ESCC) de Statistique Canada, que la prévalence des AS perpétrée envers une personne mineure au Québec avant l'âge de 16 ans est de 15,7 % chez les filles alors qu'elle est de 6,9 % chez les garçons (Flores et coll., 2016).

Bref, toutes ses études rapportent des proportions similaires et démontrent la vulnérabilité des adolescents à subir une AS à l'adolescence, particulièrement chez les filles.

2.1.3 Facteurs de risques

Il existe de nombreux facteurs associés au risque d'être victime d'AS à l'enfance. Il s'agit des facteurs de vulnérabilité d'un enfant à être victime d'AS face à un agresseur potentiel, comparativement aux autres enfants. La compréhension de ces caractéristiques communes permet de mieux cibler les enfants à risque d'être victimes d'AS (Flemming, Mullen et Bammer, 1997).

Plusieurs facteurs individuels, tels le sexe et l'âge des victimes, représentent des facteurs de risque considérables. Selon plusieurs recherches, les filles seraient majoritairement victimes

d'AS comparativement aux garçons (Finkelhor, 1984 ; Black, Heyman et Slep, 2001 ; Wolfe, 2007 ; Tourigny et Baril, 2011 ; Boisclair et Durocher, 2014). Ces études estiment que la proportion de filles victimes d'AS serait de 65 à 80 %. Il ne faut toutefois pas sous-estimer la présence de victime masculine, puisque les AS envers un garçon sont parfois plus difficiles à prouver, tout comme les AS des enfants de moins de 7 ans (Tourigny et Baril, 2011). D'ailleurs, les enfants âgés de 7 à 11 ans risqueraient davantage d'être victimes d'AS que les autres tranches d'âge (Finkelhor, 1984; Wolfe, 2007; Boisclair et Durocher, 2014). Certaines études arrivent cependant à des conclusions différentes. Selon Black et coll. (2001), l'adolescence serait la période la plus à risque d'être victime d'AS. Ces différences peuvent s'expliquer par la nature de l'agression et le lien avec l'agresseur (Tourigny et Baril, 2011). Ainsi, Tourigny et coll. (2008) (tiré de Tourigny et Baril, 2011) rapportent que les enfants âgés de 7 à 11 ans seraient davantage victimes d'attouchement sexuel (45%) alors que les adolescents (particulièrement les filles) seraient davantage victimes de viol (69%). D'autres caractéristiques individuelles propres aux enfants et aux adolescents représentent des facteurs de risque, telle la présence de problème de comportements, des difficultés scolaires, avoir été victimes d'abus physique et sexuel par le passé, avoir un handicap physique, l'isolement social et l'impossibilité de pouvoir se confier (Finkelhor, 1994; Black et coll, 2001; Wolfe, 2007; Tourigny et Baril, 2011; Boisclair et Durocher, 2014). Finalement, les filles présentant des difficultés significatives d'apprentissage et des problèmes de comportements intériorisés et extériorisés sont plus susceptibles d'être victimes d'une AS (Butler, 2013).

2.1.4 Conséquences

Une expérience de victimisation sexuelle pendant l'enfance entraîne des conséquences importantes dans la vie des victimes. Une étude québécoise a comparé une cohorte de 882 jeunes

pour qui le dévoilement de l'AS a été jugé fondé par le Directeur de la protection de la jeunesse, à un groupe de jeune issu de la population générale, sur une période de 10 ans. Les résultats révèlent que le fait d'être victime d'AS pendant l'enfance est associé un risque cinq fois plus élevé de consultation externe et d'hospitalisation pour des problèmes de santé mentale et physique, et ce, jusqu'à 10 ans après le signalement de l'AS (Daigneault, Hébert, Bourgeois, Dargan et Frappier, 2017). Cette étude permet de constater l'ampleur d'une victimisation sexuelle chez les jeunes et de s'intéresser aux conséquences de l'AS.

Wolfe (2007) distingue trois catégories de conséquences à la suite du dévoilement d'une agression sexuelle, soit les symptômes propres à l'agression sexuelle, les symptômes liés à l'agression sexuelle, mais qui n'y sont pas propres et les changements pathologiques relatifs aux processus psychologiques.

En premier lieu, Wolfe (2007) regroupe dans les symptômes propres à l'agression sexuelle les symptômes de stress post-traumatique, de dépression, de dissociation ainsi que les comportements sexuels problématiques.

Dans cette optique, une proportion significative d'adolescents sont à risque de développer un trouble de Stress post-traumatique(TSPT), comme démontré par une recension des écrits publiés entre 2000 et 2011, à partir de laquelle les auteurs révèlent que 57% des adolescents qui ont subi un trauma sexuel ont développé un TSPT (Nooner et coll., 2012). Les auteurs ajoutent que les adolescents sont vulnérables de développer un TSPT parce qu'ils ont un taux d'exposition plus élevé aux événements potentiellement traumatiques (Nooner et coll., 2012). Par ailleurs, Schoedl et coll. (2010) ont rapporté un lien entre l'impact de l'agression sexuelle et le stade développemental lors de l'abus sexuel. Plus précisément, les auteurs rapportent que les victimes ayant subi un AS alors qu'ils étaient âgés de 12 à 18 ans sont dix fois plus à risque de présenter

des symptômes sévères de stress post-traumatique que les moins de 12 ans.

Les recherches révèlent qu'en plus des symptômes de stress post-traumatique, plusieurs jeunes sont sujets à développer des symptômes de dépression. À titre d'exemple, selon une étude (Li, D'Arcy et Meng, 2016), les adultes ayant été victime d'AS à l'enfance présenteraient 2.66 fois plus de risque de développer une dépression ou de l'anxiété. Les résultats d'une étude québécoise sont similaires. Suivant une enquête téléphonique auprès d'un échantillon de 1001 femmes adultes résidant au Québec en 2009, le fait de rapporter une violence sexuelle à l'enfance augmentait de 2,6 fois le risque de dépression à l'âge adulte (Paquette, Tourigny, Baril, Joly et Séguin, 2017).

Les symptômes de dissociation sont aussi présents chez les jeunes ayant été victimes d'AS, selon certaines études. La dissociation est définie par le DSM-V: « Les troubles dissociatifs sont caractérisés par une perturbation et/ou une discontinuité dans l'intégration normale de la conscience, de la mémoire, d'identité, des émotions et de la perception, de la représentation du corps, du contrôle moteur et du comportement (DSM-V, American Psychiatric Association; 2015). Selon les résultats présentés dans l'étude de Cyr, McDuff, Collin-Vézina et Hébert (2012), 10 % des enfants agressés sexuellement présentent des problèmes dissociatifs et ce pourcentage augmente à 20 % lorsque l'agresseur est un membre de la fratrie. Trickett, Noll et Putnam (2011) ont pour leur part, étudié l'impact d'une AS intrafamiliale sur le développement des femmes. Cette étude longitudinale, qui se prolonge sur une période de 23 ans, a été réalisée auprès de femmes âgées de 6 à 16 ans victimes d'AS et d'un groupe contrôle. Les résultats démontrent la présence de symptômes dissociatifs chez les adolescentes victimes d'AS intrafamiliale. Le mémoire de Lussier (2017) a permis de préciser les variables exerçant une influence sur la présence d'un niveau clinique de dissociation chez

les victimes d'AS, en comparaison avec ceux ne présentant pas de symptôme clinique. Ces résultats suggèrent que la durée des AS, la méfiance envers les autres et le sentiment d'être différente des pairs expliqueraient 28,7% de la présence de symptômes de dissociation dont l'intensité atteignait le seuil clinique chez les adolescentes agressées sexuellement.

La sexualité à risque des adolescents est discutée, puisqu'il s'agit d'un enjeu important auprès de cette tranche d'âge. Dans leur recension des écrits portant sur les comportements sexuels à risque, Fernet, Hébert, Gascon et Lacelle (2011) concluent que les victimes d'AS sont plus précoces dans les activités sexuelles, rapportent un plus grand nombre de partenaires sexuels, consomment davantage d'alcool ou de drogues en contexte sexuel et adoptent des conduites plus à risque de grossesses et d'infection transmissible sexuellement et par le sang. De surcroît, Senn et Carey (2010) ont observé une série de facteurs qui prédisent les comportements sexuels à risque à l'âge adulte. Parmi entre autres les AS, les abus physiques et psychologiques ainsi que la négligence, le meilleur prédicteur pour déterminer la présence de comportement sexuel à risque à l'âge adulte était la victimisation sexuelle à l'enfance.

En deuxième lieu, les symptômes liés à l'agression sexuelle, mais qui n'y sont pas propres, incluent les troubles de comportements extériorisés comme les troubles de la conduite, l'abus de substance, les troubles alimentaires et les comportements suicidaires (Wolfe, 2007).

Par ailleurs, certaines études rapportent que comparativement aux adolescents non-victimes, les adolescents victimes d'AS manifestent davantage de symptômes tels des comportements de retrait, d'opposition, suicidaires ou autodestructeurs, des plaintes somatiques, des actes illégaux, des fugues, un abus de substance ainsi qu'une dépendance à l'alcool et aux drogues (Kendall-Tackett, Williams et Finkelhor, 1993 ; Ulman, Najdowski et

Filipas 2010).

En ce qui a trait aux troubles alimentaires, l'étude de Oppenheimer et coll. (2013) démontrent que les 2/3 des femmes âgées de 16 à 49 ans ayant développé ce trouble ont été victimes d'AS (tiré de Daignault et Simoneau, 2017). En ajout, dans une étude réalisée auprès de 20 enfants (10-15 ans) agressés sexuellement en comparaison avec 20 enfants non abusés, les enfants abusés ont rapporté un plus haut niveau d'insatisfaction et des comportements de "purge" et de régime alimentaire que le groupe contrôle. Ce groupe serait aussi plus enclin à désirer avoir un corps mince (Wonderlich et coll. 2000). Bien que l'échantillon soit peu représentatif, cette étude démontre tout de même l'enjeu des troubles alimentaires auprès de cette clientèle.

Le suicide représente chez les adolescents la deuxième cause de mortalité au Québec. (Institut national de santé publique du Québec, 2014). Ainsi, plusieurs études font état du lien entre les idéations suicidaires/tentative et les agressions sexuelles. Dans une étude auprès de 2,002 garçons et 1904 filles âgés de 12 à 17 ans, Waldrop et coll. (2007) ont démontré que l'abus sexuel est significativement associé aux idées suicidaires et aux tentatives de suicide.

De leur côté, Martin, Bergen, Richardson, Roeger et Allison (2004) en évaluant les différences entre les adolescents selon leur sexe, rapportent que sur un échantillon total de 2485 étudiants, les abus sexuels révélés chez les garçons sont « indépendamment associés à des idées suicidaires, des menaces, des blessures volontaires et des tentatives de suicide ». Plus précisément, « les garçons qui rapportent un haut niveau de détresse actuelle concernant un abus sexuel courent un risque 10 fois plus grand de faire des projets et des menaces de suicide que les garçons non abusés ». Chez les filles, celles qui rapportent une grande détresse en lien avec

un AS ont trois fois plus de risque de faire des menaces de suicides que les filles non abusées (Martin et coll 2004).

Enfin, toujours selon Wolfe (2007), il est important de considérer les changements pathologiques relatifs aux processus psychologiques, soit « aux changements découlant de l'exposition à une AS et susceptibles d'exercer un impact sur l'adaptation de l'enfant comme les déficits sur le plan de la régulation des émotions et les conséquences sur le style cognitif ou les stratégies d'adaptation » (Tiré de Hébert, 2011 p. 158). Ainsi, les jeunes victimes d'AS sont susceptibles de présenter des problèmes importants sur le plan social, telle la socialisation (Putnam, 2003). Dans son étude sur le fonctionnement interpersonnel des femmes abusées dans l'enfance, Dilillo (2001) suggère que l'abus sexuel dans l'enfance « représente un facteur de risque majeur pour une variété de dysfonctions sociales chez les femmes qui ont été victimes, notamment des difficultés à faire confiance, à entretenir des relations d'intimité et à ressentir de la satisfaction par rapport aux relations interpersonnelles.»(Traduction Libre). D'ailleurs, c'est le système de croyances qui sera affecté par l'abus sexuel. Berliner souligne que les enfants victimes d'AS auront la croyance erronée que le monde est dangereux, qu'ils sont responsables et ressentiront des émotions comme la honte, la culpabilité et l'impuissance (Berliner, 2011)

Enfin, bien qu'il ne s'agisse pas directement d'une conséquence de l'AS, il est pertinent de s'attarder au haut risque pour une jeune fille victime d'AS d'être revictimisée. Ainsi, Hébert, Daigneault et Van Camp (2012) concluent, à l'aide de leur recension des écrits, que l'AS pendant l'enfance constitue un facteur de risque pour une victimisation sexuelle ultérieure, que la sévérité de l'AS a un impact sur le risque de revictimisation sexuelle (pénétration plus à risque) et que l'AS à l'enfance semble liée à une augmentation du risque de revictimisation spécifique (psychologique, physique) dans les relations amoureuses à l'adolescence.

Une autre étude auprès de 6540 participants de niveau secondaire 3 à 5 au Québec rapporte que 15.2% des filles et 4.4% des hommes ont rapporté avoir été victime d'un abus sexuel. Toutefois, ce qui s'avère le plus révélateur est que parmi les victimes, un total de 42,2% ont rapporté avoir expérimenté plus d'un épisode d'abus sexuel impliquant différents agresseurs (Hébert et coll. 2014). En ce sens, les intervenants auprès d'une clientèle adolescente doivent tenir compte de ce risque en intervention afin d'aider les victimes à briser le cycle de victimisation.

Bref, les différentes catégories de conséquences à la suite du dévoilement d'une agression sexuelle, soient les symptômes propres à l'agression sexuelle, les symptômes liés à l'agression sexuelle, mais qui n'y sont pas propres ainsi que les changements pathologiques relatifs aux processus psychologiques, soulignent l'importance d'apporter une aide concrète à cette clientèle. De plus, le fait que les adolescents victimes d'AS présentent un haut risque d'être revictimisés, il est important de s'adapter à la réalité des adolescents victimes d'AS afin de les aider à briser ce cycle.

2.1.5 Variabilité des victimes

Toutes les victimes ne réagissent pas de la même façon. Certaines victimes n'auront pas de symptôme à la suite d'une l'AS (Putnam 2003) et il semble impossible de prédire exactement les conséquences d'une AS (Kendall-Tackett et coll., 1993). La recherche indique qu'il y a une grande différence entre les conséquences des AS parmi les enfants et les adolescents victimes d'AS (Hébert, 2011). Certains modèles étiologiques des conséquences de l'AS permettent d'expliquer et comprendre, de par les différents facteurs qui les constituent, cette variance observée. Parmi les différents modèles qui ont été proposés dans le domaine (Finkelhor et Brown, 1985; Spaccarelli, 1994; Brière , 1996), le modèle transactionnel de Spaccarelli (1994)

nous apparaît particulièrement pertinent en regard du présent projet étant donné son aspect écologique-systémique. Il permet de bien conceptualiser les difficultés d'adaptation des victimes d'AS, puisqu'il s'intéresse à l'interaction entre les facteurs environnementaux et personnels (Spaccarelli, 1994). Ainsi, selon Spaccarelli (1984), les conséquences de l'abus sexuel ne doivent pas être conceptualisées strictement en lien avec les épisodes d'AS, mais tenir compte de l'impact sur la famille de l'enfant et sur son environnement social.

2.1.6 Modèle de Spaccarelli

Spaccarelli (1994) décrit son modèle :

« a transactional model that conceptualizes sexual abuse as a stressor consisting of a series of abuse events, abuse-related events, and disclosure-related events that each tend to increase risk for maladaptive outcomes. The model also proposes that cognitive appraisals and coping responses mediate the effects of these events, that developmental and environmental factors may moderate relationships between sexual abuse stressors and victim responses, and that victims' initial responses may effect subsequent levels of abuse-related stress. »

Ainsi, Spaccarelli (1994) propose que les difficultés d'adaptation soient le résultat de l'interaction entre les différentes sources de stress associés à l'AS et les variables médiatrices (distorsions cognitives, stratégies d'adaptation) et modératrices (caractéristiques personnelles, l'environnement).

La première variable présentée dans le modèle comme étant susceptible d'exercer une influence sur les conséquences de l'AS réfère au stress généré par l'AS, c'est-à-dire que plusieurs stressors vont contribuer à l'impact de l'agression sexuelle. Spaccarelli (1994) décrit

trois grandes catégories de stressseurs pour expliquer le stress de l'AS, soit les caractéristiques de l'AS (le degré d'exposition à la sexualité, le degré de coercition, le dénigrement de l'agresseur envers la victime et la violation de la confiance), les événements liés à l'AS (le dysfonctionnement familial, la séparation des parents, la perte de contacts sociaux et l'absence de soutien à la suite au dévoilement) ainsi que les événements découlant du dévoilement de l'AS (entrevue policière et processus judiciaire insensibles, placement hors de la maison, jugement non souhaité, témoignage stressant)

La deuxième partie du modèle renvoie à l'influence de facteurs pouvant être conceptualisés comme ayant un rôle médiateur entre le stress lié à l'agression sexuelle et les conséquences qui y sont associées, dont la perception de l'événement et les stratégies d'adaptation utilisées pour y faire face. Spaccarelli (1994) spécifie que l'effet du stress généré par l'AS, tel que décrit plus haut, ne peut à lui seul expliquer les conséquences de la victime. La relation entre le stress de l'AS et les conséquences est plutôt assujettie à un effet médiateur de deux catégories, soit les distorsions cognitives en lien avec l'AS ainsi que les stratégies d'adaptation utilisées pour y faire face. Ainsi, le niveau de stress généré par l'AS, lié à des distorsions cognitives entraînerait différents résultats symptomatiques. Spaccarelli décrit quatre types de distorsions cognitives, soit la perception de garder des séquelles physiques, une perception négative de soi (perte de confiance, se blâmer), la perception que les relations intimes sont dangereuses ou risquées ainsi que la perception négative des autres.

Le modèle propose que les stratégies d'adaptation agissent aussi comme médiateur du lien entre l'événement et les conséquences. En d'autres mots, le fait qu'une personne utilise des stratégies d'adaptation d'évitement (constant effort pour nier ou se distancer par rapport à cette réalité de l'AS, éviter les situations à risque), n'aura pas le même impact sur la victime que le

fait d'utiliser des stratégies d'adaptation « actives ». Ces stratégies, énoncées par Spaccarelli (1994), sont le fait de résister à l'agresseur, celui de dévoiler, rechercher du soutien, se libérer de ses émotions négatives ainsi que la remise en question des pensées et des perceptions.

Enfin, la troisième partie du modèle transactionnel propose que les caractéristiques personnelles de la victime et celles de son environnement agissent en tant que modérateur pour prédire comment les victimes vont évaluer et faire face à la situation abusive (Spaccarelli, 1994). Ainsi, les caractéristiques personnelles peuvent avoir un effet sur l'adaptation de la victime. Plus précisément, l'âge, le sexe et la personnalité d'un individu peuvent modérer l'impact d'un AS. Au même titre, l'environnement de l'individu, dont le soutien disponible, peut aussi modérer l'impact de l'AS (Spaccarelli, 1994).

Bref, ce modèle permet de bien comprendre les différents enjeux dans la compréhension et la singularité des victimes d'AS. Il propose de prendre en compte l'individualité des victimes et leur environnement dans la conceptualisation des conséquences d'une AS. Il suggère aussi que l'environnement et le soutien disponible des victimes viennent moduler les distorsions cognitives et les stratégies d'adaptation de celle-ci, donc avoir un impact sur la santé mentale et le rétablissement. La considération de l'ensemble des facteurs démontre la complexité de la problématique, de l'unicité de chacune des victimes et des défis que peuvent rencontrer les différents intervenants. Le vécu des victimes d'AS vient influencer leurs perceptions et leurs croyances et peut, dans certaines circonstances, induire un certain sentiment de méfiance à l'égard des autres. Il s'agit de « réactions normales à des situations anormales » (Brillon, 2013), mais ce sont des mécanismes qui peuvent représenter des défis importants dans le développement d'une relation d'aide et d'une alliance de travail. Or, le modèle a mis en lumière

l'importance de la qualité du soutien dans l'environnement de la victime. Une des composantes du soutien est celle des intervenants et une des façons de mesurer la qualité de notre soutien est la qualité de l'alliance thérapeutique. Il est logique de penser que les victimes ayant développé une meilleure alliance avec leurs intervenants se rétabliront mieux. L'alliance a été étudiée dans différents contextes permettant de mettre en lumière son importance sur le rétablissement des victimes, mais qu'en est-il de l'alliance dans un contexte où les personnes qu'on tente d'aider ont souvent vécu un fort sentiment de trahison face à leurs proches ? Comment cela vient-il influencer et complexifier l'établissement d'un lien en contexte d'intervention ? Il apparaît donc pertinent de s'interroger sur le concept d'alliance thérapeutique.

2.1 Le concept d'alliance thérapeutique

2.2.1 Définition

Le concept d'alliance renvoie au lien existant entre un client et son intervenant, mais aussi à la collaboration mutuelle entre les deux (De Roten, Michel et Peter, 2007 ; Dumaine et Baillargeon, 2002). Il existe plusieurs définitions de l'alliance thérapeutique à travers la littérature scientifique et il n'y a pas de consensus sur une définition unique de l'alliance de travail ni sur son opérationnalisation (Ayotte et coll. 2015). Toutefois, pour ce projet, la définition de Bordin (1979) est utilisée. Il s'agit d'une définition flexible, englobante dont « l'auteur l'estime applicable à toute relation impliquant une personne qui veut changer et une personne qui offre d'être un agent de changement, indépendamment du type de milieu dans lequel elle prend place » (Ayotte et coll. 2015). Ainsi, celui-ci définit l'alliance thérapeutique « comme un engagement et un accord entre le client et le thérapeute, concernant les buts et les tâches relatives à l'atteinte mutuelle des objectifs thérapeutiques» (Bordin, 1979). Plus

précisément, Bordin (1979) divise ce concept en trois composantes : 1) L'entente entre le patient et le thérapeute sur les objectifs, à savoir s'ils travaillent avec les problèmes pour lesquels il demande de l'aide. 2) L'accord sur les tâches à accomplir et les modalités de traitement pour atteindre les objectifs, donc si les tâches correspondent à ses attentes et il est à l'aise avec celles-ci. 3) Le lien de respect et de confiance, donc la qualité affective dans la relation entre les deux.

Une des particularités de l'alliance thérapeutique est qu'elle est qualifiée de dynamique, c'est-à-dire qu'elle tend à fluctuer à travers le temps, et ce, tant positivement que négativement. Le terme de rupture d'alliance est utilisé afin d'expliquer les moments où la qualité de la relation entre un intervenant et son client se détériore (Safran et Muran, 2000).

2.2.2 Rupture d'alliance thérapeutique

Safran et Muran (2000) définissent une rupture d'alliance : *«... as a breakdown in the collaborative process between therapist and patient, a poor quality of therapist-patient relatedness, a deterioration in the communicative situation, or a failure to develop a collaborative process from the outset.»*

En ajout, les auteurs décrivent deux types de ruptures, soit les ruptures de confrontations et les ruptures d'évitement. Dans le premier cas, le client nomme directement au thérapeute sa colère et ses insatisfactions. Plus précisément, Safran, Muran et Eubanks-Carter (2011) décrivent ces ruptures :

«In confrontational ruptures, the patient moves against the therapist, either by expressing anger or dissatisfaction in a non-collaborative manner (e.g., hostile

complaints about the therapist or the treatment) or by trying to pressure or control the therapist (e.g., by making demands of the therapist) »

Dans le second cas, elles sont plus subtiles que les ruptures de confrontation. En effet, elles se caractérisent par un désinvestissement graduel du traitement, de ses propres émotions ou de la relation avec le client (Dumaine et Baillargeon, 2002). Lorsque c'est le cas, le client peut avoir de la difficulté à exprimer ses besoins ou ses préoccupations. Les ruptures d'évitement se décrivent ainsi :

«In withdrawal ruptures, the patient either moves away from the therapist (e.g., by avoiding the therapist's questions) or else toward the therapist, but in a way that denies an aspect of the patient's experience (e.g., by being overly deferential and appeasing) » (Safran, et coll., 2011)

Il importe de préciser que les ruptures d'alliance sont inévitables et même normales dans une relation thérapeutique. Elles sont d'ailleurs positives et peuvent servir d'apprentissage relationnel (Safran, et coll., 2011). Certains auteurs ajoutent que les ruptures viennent même renforcer le lien thérapeutique (Safran, et coll., 2011 ; Florsheim, Shortorbani, Guest-Warnick, Barratt, Hwang, 2000 ; Safran, Crocker, McMMain et Murray, 1990 ; Chu et Kendall, 2004), à condition, bien entendu, qu'elle soit restaurée. Pour leur part, Chu, Suveg, Creed et Kendall (2010) proposent qu'aborder directement les ruptures lorsqu'elles surviennent, plutôt que de les ignorer, serait aidant pour mieux gérer les confrontations en thérapies.

En ce sens, les ruptures peuvent susciter des émotions intenses chez les intervenants qui doivent apprendre à les repérer rapidement en relation d'aide afin d'éviter d'agir le contre-

transfert⁴ du client, par exemple, en réagissant sur la défensive à l'hostilité du client (confrontation) ou encore en évitant d'aborder le processus d'évitement du client. Toutefois, est-ce facile de détecter les ruptures ? Est-ce que la plupart des intervenants sont en mesure de les cibler et de les aborder afin de restaurer l'alliance ? Est-ce que le jugement de l'intervenant est suffisant, compte tenu de la subtilité de certaines ruptures ? Il s'avère important de s'y attarder.

2.2.3 Biais d'autoévaluation

« Tout intervenant souhaite le succès de son intervention » (Baillargeon, Puskas, 2013). Toutefois, plusieurs études couvrant divers domaines de travail ont démontré une tendance générale à la surestimation de ses propres talents et de ses chances de succès (Meyer, 1980, Dunning, Heath, Suls, 2005). En ce sens, Walfish, McAlister, O'Donnell et Lambert, (2012) ont réalisé une étude auprès d'un échantillon multidisciplinaire de professionnels oeuvrant en santé mentale. Leurs résultats démontrent que 25% des professionnels évaluent leurs compétences comme étant au 90e percentile, comparativement à leurs pairs et aucun d'entre eux ne s'évalue sous la moyenne. Ces résultats ne sont pas possible statistiquement puisque certains professionnels doivent inévitablement se retrouver sous la moyenne (Dunning et coll. (2005); Walfish et coll. 2012). Ce qui est encore plus intéressant, lorsque comparé à la littérature scientifique (Hansen, Lambert et Forman, 2002 ; Okiishi et coll., 2006)), les cliniciens tendent à surestimer le taux d'amélioration de leurs clients et à sous-estimer le taux de détérioration.

⁴ «Le contre-transfert est le nom donné aux réactions émotionnelles intenses ressenties vis-à-vis de l'aidé, lorsque celles-ci amènent le professionnel à répondre à ses propres besoins plutôt qu'à ceux de l'aidé » (Chambon et Marie-Cardinal, 1999)

Étant donné le biais d'autoévaluation, il apparaît plus que logique de conclure que les intervenants peuvent avoir tendance à surestimer la qualité de leurs alliances thérapeutiques avec leurs clients et à sous-estimer la présence de ruptures dans la relation. De plus, Schwartz et Flowers (2010) ont comparé les motifs d'abandon de traitement selon les thérapeutes et selon les clients. Leurs résultats révèlent que les thérapeutes attribuent le plus souvent l'abandon à des causes qui leur sont externes (problèmes trop sévères, trouble de la personnalité, paramètre de l'environnement) alors que les clients clament le plus souvent avoir abandonné le traitement parce qu'ils étaient insatisfaits à l'égard du thérapeute. Afin de pallier le biais d'auto-évaluation, l'avis du client devrait être considéré, puisque l'alliance rapportée par les clients est un plus grand prédicteur de l'efficacité du traitement que celle rapportée par les thérapeutes (Horvath et Symonds, 1991; Martin et coll., 2000; Wampold, 2001 ; Horvath *et coll.*, 2011, Ayotte et coll. 2017). En ce sens, différents questionnaires et outils cliniques ont été proposés au cours des dernières années afin d'aider les cliniciens à mieux évaluer la qualité de l'alliance thérapeutique ou du moins à aborder cette question avec leur clientèle, tel le Working Alliance Inventory (Horvath et Greenberg, 1989), le Helping Alliance Questionnaire (Alexander et Luborsky, 1987) et le Session Rating Scale (Duncan et coll., 2003). L'utilisation de ce dernier apparaît fort pertinente dans un contexte de relation d'aide, puisqu'il permet d'obtenir rapidement la rétroaction du client au sujet de la qualité de l'alliance thérapeutique (Duncan et coll., 2003). Enfin, dans leurs études sur les « supershrinks » (les meilleurs psychothérapeutes), Miller, Hubble et Duncan (2008) ont trouvé que les supershrinks travaillent simplement plus fort à améliorer leurs performances que les autres et que l'attention portée à la rétroaction du client est « cruciale ». Plus précisément, lorsqu'une mesure d'alliance thérapeutique est utilisée avec une échelle de mesure standardisée, les clients sont moins susceptibles de se détériorer, plus

susceptibles de rester plus longtemps en traitement et deux fois plus susceptibles de réaliser un changement clinique significatif (Miller et coll., 2008). Il apparaît donc pertinent de s'attarder aux meilleures pratiques.

2.2.4 Meilleures pratiques

Plusieurs méta analyses ont été réalisées concernant l'efficacité thérapeutique en contexte de psychothérapies. Une des études les plus pertinentes est celle de Wampold (2001). Wampold (2001) a recensé que 8% de la variance du changement thérapeutique s'explique par l'utilisation de techniques spécifiques, alors que 92% de cette variance est lié à des facteurs communs à toutes les psychothérapies, dont l'alliance thérapeutique, les caractéristiques du client et les caractéristiques du thérapeute. Le facteur expliquant davantage la variabilité des résultats est le psychothérapeute (Wampold 2001). En d'autres mots, le psychothérapeute a un impact plus grand que le type de thérapie (Lecompte, Savard, Drouin et Guillon, 2005).

Plus précisément, ce serait la qualité de la relation thérapeute-patient qui aurait le plus grand impact sur l'efficacité d'une psychothérapie. En effet, deux métas-analyses « confirment la présence d'un lien modéré et constant entre l'alliance thérapeutique et les résultats issus du traitement, avec une taille d'effet pondérée (corrélation globale) de 0,26 et de 0,23 (Horvath & Symonds, 1991; Martin et coll., 2000).» Autrement dit, environ 25% de l'efficacité d'un traitement est expliqué par l'alliance thérapeutique entre le client et le thérapeute, et ce, indépendamment du type d'approche (Horvath, Del Re, Flückiger et Symonds, 2011; Shirk et coll., 2011). Au près des enfants et des adolescents, la recension méta-analytique (29 études) de Shirk et coll., (2011) a obtenu une taille d'effet moyenne de 0,19 ($r=0.19$)(Shirk et coll., 2011) de la relation entre l'alliance et les résultats issus du traitement auprès d'une clientèle juvénile.

Enfin, une récente étude québécoise menée auprès de 130 jeunes adolescentes en centre résidentiel a permis de démontrer qu'une plus forte alliance rapportée après trois mois de placement est associée à de moindres symptômes de dépression, de stress post-traumatique et d'extériorisation de la détresse au tournant de l'âge adulte (Ayotte et coll, 2017).

Bref, l'importance de la qualité de l'alliance sur l'efficacité en intervention ne fait nul doute dans la littérature scientifique. Certes, la création, le maintien et la restauration de l'alliance thérapeutique présentent différents enjeux et défis considérables pour les intervenants; il s'agit d'un concept dynamique, fluctuant à mesure qu'il se bâtit et sujet à plusieurs ruptures à travers la relation. Sachant que ces ruptures peuvent être minimales ou difficilement percevables, il semble difficile pour les intervenants d'évaluer l'alliance ou de détecter les bris de relation de façon objective et juste, sans prendre en considération l'avis du client. Toutefois, dans un contexte tel que le CEMV ou tout autre organisme œuvrant auprès d'adolescents, d'autres enjeux liés aux caractéristiques de cette tranche d'âge peuvent à nouveau complexifier la relation thérapeutique. La prochaine section permet de s'y attarder.

2.2.5 Les caractéristiques des adolescents en lien avec l'AT

Tout d'abord, l'adolescence est une période de vulnérabilité, au cours de laquelle s'effectue la construction de l'identité et où s'opère de nombreux changements physiques, biologiques émotionnels, cognitifs et socio comportementaux (Steinberg, 2008; Chamberlin, 2017; Chu et coll., 2010). Il importe d'être attentif à ces changements et de s'adapter à la réalité des adolescents afin d'être en mesure de créer un lien de confiance et d'augmenter leur motivation au changement. En ce sens, la puberté, la maturation cognitive, l'affiliation avec les

pairs, la motivation au changement, la disponibilité émotionnelle des adolescents et le vécu de l'intervenant sont abordés.

Premièrement, l'adolescence est caractérisée par la puberté, où de multiples changements s'effectuent dans le corps (grandeur, proportion de masse du corps, développement des organes sexuels, etc) (Chu et coll., 2010). Ces changements peuvent affecter le développement psychosocial de plusieurs façons et créer de la détresse chez les adolescents, telles des difficultés liées à l'image de soi et des difficultés d'estime de soi. (Chu et coll. 2010, Steinberg, 2008) Il peut donc être confrontant pour un adolescent d'aborder ces sujets avec un intervenant, particulièrement si la personne a été victime d'une AS.

Deuxièmement, cette période est caractérisée par un temps où l'on agit plus impulsivement, où l'on échoue à considérer les conséquences à long terme et où l'on s'engage davantage dans des comportements à risque qu'à l'âge adulte (Gardner et Steinberg, 2005, Steinberg, 2008). Un des facteurs contributifs à ces caractéristiques est la maturation cognitive des adolescents qui n'a pas terminé de se développer. En effet, bien que certains adolescents puissent parfois ressembler physiquement et interagir comme des adultes, certaines parties de leurs cerveaux finiront de se développer vers l'âge de la mi-vingtaine (Steinberg, 2013; Casey, Jones et Somerville, 2011). Plus précisément, le cortex préfrontal serait la dernière aire du cerveau à se développer (National Institute of Mental Health, 2011). Cette région du cerveau est responsable du « jugement, du contrôle des impulsivités, de la planification, de la fixation d'objectif, de l'appréciation des risques et bénéfiques, de la recherche de sensation forte (dû à l'augmentation du besoin de dopamine (Steinberg 2013)), de la prise de risque ainsi que de la résolution de problème (Steinberg 2013, Chamberlin, 2017). Ces éléments peuvent donc

affecter la capacité des adolescents à effectuer certaines tâches de traitement (l'auto-observation, explorer ses contributions aux problèmes) qui sont essentielles dans la conceptualisation de l'alliance thérapeutique (Ayotte et coll. 2015). De plus, leurs perceptions peuvent être parfois biaisées et ils pourraient ainsi attribuer de mauvaises intentions à l'intervenant. Cette tranche d'âge nécessite donc que l'intervenant s'assure régulièrement de la compréhension de l'adolescent (Chu et coll. 2010).

Troisièmement, une autre particularité de l'adolescence est le détachement de la cellule familiale, se caractérisant par l'affiliation avec les pairs, «l'émancipation» de l'autorité parentale et la recherche d'autonomie (Larson et Verma, 1999 ; Olds et Papalia, 2005 ; Hébert et coll. 2014). En effet, en ce qui a trait aux pairs, les adolescents semblent plus susceptibles de se confier à ceux-ci (Hébert et coll. 2014, Dion et coll. 2016). Plus concrètement, dans son étude auprès d'adolescents abusés sexuellement, Hébert et coll. (2014) démontrent que la perception du soutien des amis a prédit un taux plus faible de risques d'ESPT. Les auteurs rajoutent que le sentiment d'être soutenu dans ses relations proches avec les pairs semble diminuer les symptômes des adolescents victimes d'une AS. Certaines hypothèses au sujet de l'importance du soutien des pairs proposent que l'adolescence soit une période de la vie où les jeunes deviennent plus autonomes et indépendants de leurs parents. De plus, il peut être plus facile pour un adolescent de se confier à ses amis, particulièrement s'il vit en disharmonie à la maison ou si la victimisation implique un membre de la famille. À l'inverse, les adolescents peuvent être plus réticents à se confier à un adulte, ce qui peut complexifier l'établissement de l'AT.

Une dernière caractéristique discutée est la motivation au changement. En effet, les adolescents sont souvent référés par leurs parents, l'école, la Cour ou tout autre service sociaux

(Chu et coll. 2010). Ainsi, ils peuvent parfois être référés pour des problématiques qu'ils ne reconnaissent pas (par exemple, la toxicomanie), ou encore pour des situations dans lesquels ils ont la perception de ne pas avoir de contrôle. Il est aussi possible qu'ils n'aient tout simplement pas le goût d'aborder leurs difficultés avec un inconnu. La perception que l'intervention n'est pas pertinente pour l'adolescent ou qu'elle exige un investissement de temps trop important (émotionnellement) risque aussi d'interférer avec la poursuite de l'intervention (Kazdin, 1996 tiré de Chu et coll. 2010). Solliciter les pensées et les émotions des adolescents à propos de l'intervention et normaliser son scepticisme et ses réticences s'avèrent donc très important dans ce contexte (Chu et coll. 2010). En d'autres mots, prendre en considération les réticences, préoccupations et opinions des adolescents permet de favoriser la collaboration dans l'établissement et le maintien de l'AT.

Dans un même ordre d'idées, la période de l'adolescence est souvent caractérisée par une période de changement où les adolescents sont confrontés à plusieurs problématiques spécifiques à cette tranche d'âge. Ces changements et les problèmes personnels vécus par les adolescents peuvent avoir pour conséquence qu'ils ne soient pas disponibles émotionnellement pour aborder la victimisation sexuelle ou les objectifs de l'intervention (Chu et coll. 2010 ; Ayotte et coll. 2015). Dans un contexte comme le CEMV, où la psychothérapie adoptée est d'approche cognitive comportementale et axée sur le trauma et donc plutôt structurée en termes d'objectifs thérapeutiques et de stratégies d'intervention, les problèmes quotidiens des adolescents constituent un défi considérable pour les thérapeutes. Bien que ce type de traitement permet une certaine flexibilité, les thérapeutes doivent garder à l'esprit la réalité des adolescents et leurs disponibilités à aborder les objectifs de traitement. D'ailleurs, miser sur la technique plutôt que sur la relation thérapeutique constitue un "ennemi de l'alliance" (Daignault et

Simoneau, 2017). Ainsi, le fait de ne pas prendre en considération le besoin immédiat des adolescents risque de nuire au maintien de l'alliance thérapeutique.

Somme toute, les intervenants œuvrant auprès d'une clientèle adolescente rencontreront divers défis liés aux différentes caractéristiques de cette tranche d'âge. Un autre élément à prendre en considération est le contre-transfert de l'intervenant. Tel que mentionné précédemment, il s'agit des réactions émotionnelles intenses ressenties par l'intervenant en contexte de relation d'aide (Chambon et Marie-Cardinal, 1999). En effet, le développement tardif du cortex préfrontal des adolescents les amène à prendre des risques considérables, à ne pas être en mesure de prendre les bonnes décisions et de calculer les impacts de leurs décisions. Les agissements d'un adolescent peuvent être incompréhensibles pour les adultes, ce qui peut confronter les valeurs et il peut être difficile de rester objectif, de ne pas s'inquiéter. De ce fait, la clientèle adolescente peut faire vivre beaucoup d'impuissance aux intervenants, ce qui se manifestera dans la relation thérapeutique. Il est donc primordial que les intervenants apprennent à être à l'écoute de leur ressenti afin de rester objectif dans leurs interventions et ne pas venir fragiliser l'alliance thérapeutique. De plus, une meilleure alliance peut aussi permettre de rassurer l'intervenant, puisqu'il peut agir comme facteur de protection pour l'adolescent.

Bref, la puberté, la maturation cognitive, l'affiliation avec les pairs, la motivation au changement, la disponibilité émotionnelle des adolescents et le contre-transfert de l'intervenant constituent tous des caractéristiques importantes à prendre en considération dans l'établissement d'une alliance thérapeutique auprès des adolescents.

2.2.6 L'importance de l'alliance thérapeutique en contexte d'intervention auprès des adolescents victimes d'AS

Il ne fait aucun doute que la clientèle adolescente présente différents enjeux comparativement à une clientèle adulte quant à l'établissement et le maintien de l'alliance thérapeutique. Nous pouvons aussi conclure que les adolescents VAS présenteront des défis encore plus grands, compte tenu des différentes conséquences liées à la victimisation sexuelle. En effet, alors qu'ils sont en construction de leur identité, les adolescents victimes d'AS ont été trahies et violées dans leur intimité par un autre être humain. Sachant que dans 97% des cas d'agression sexuelle corroborés par les services de protection de la jeunesse en 2008, l'agresseur était connu de la jeune victime, l'agression sexuelle vient bouleverser la perception des rapports interpersonnels chez la victime et ses proches et introduire des notions de trahison, de méfiance et/ou de la confusion sur le plan de l'intimité et des frontières interpersonnelles. Ainsi, les différents acteurs entourant le jeune peuvent être perçus comme des sources potentielles de danger, soit parce qu'ils sont partenaires avec la DPJ, soit parce qu'ils portent un jugement ou parce qu'ils peuvent être des agresseurs potentiels. Bref, c'est ce qui souligne la pertinence d'attribuer une grande importance à cette alliance auprès de cette clientèle spécifique. De plus, bien que l'efficacité de l'AT auprès d'une clientèle adolescente a été démontrée empiriquement, aucune étude à notre connaissance ne s'est intéressée au concept d'alliance thérapeutique spécifiquement auprès une clientèle adolescente victimes d'agressions sexuelles.

2.2.7 L'importance de l'alliance thérapeutique en contexte d'intervention auprès des proches d'adolescents victimes d'AS

Tel que proposé par le modèle transactionnel de Spaccarelli (1994), le soutien social est

un facteur de protection important auprès de cette clientèle qui permet de moduler les pensées/perceptions et les stratégies d'adaptation des victimes. En ajout, le soutien social des parents et des pairs semble être un facteur clé dans la résilience des adolescents. Les jeunes rapportant un plus haut niveau de soins des parents ou tuteur, ont rapporté un plus haut niveau de confiance en soi et moins de symptômes dépressifs un an plus tard (tiré de Hébert et coll. 2014,). Paquette et coll. (2012) suggèrent aussi que la qualité de la relation parent-enfant contribue à la réussite d'une thérapie. En ce sens, Hébert et coll.(2014) soulignent l'importance d'évaluer les ressources personnelles, familiales, extrafamiliales ainsi que les facteurs de protection afin d'orienter et adapter les services relativement aux besoins des adolescents. Elles mentionnent aussi l'importance d'offrir une assistance aux membres de la famille et au réseau social de l'individu, afin d'optimiser le soutien de la personne. De plus, les parents qui incitent leurs enfants à s'engager dans un processus thérapeutique peuvent s'attendre à jouer un rôle actif dans le rétablissement de leurs adolescents. Toutefois, dépendamment des besoins de l'adolescent, le fait de limiter le rôle des parents est consistant avec la recherche d'autonomie des adolescents (Chu et coll. 2010). Ainsi, l'acquisition d'une bonne alliance thérapeutique dans un contexte de soutien aux proches comme au CEMV permettra de travailler avec le parent sur ses propres enjeux liés à l'agression (besoins de ventiler, questionnement sur les symptômes de son enfant, mieux comprendre les comportements et besoins de son enfant). Ainsi, celui-ci sera plus disponible pour répondre aux besoins de son adolescent. En ce sens et considérant que le stage a CEMV a été réalisé auprès des parents dont l'enfant a été victime d'un abus sexuel, le concept d'AT auprès des proches sera aussi discuté dans ce projet.

Chapitre 3 : La méthodologie

Ce projet de maîtrise s'intéresse au concept d'alliance thérapeutique dans un contexte d'intervention. En contexte de stage clinique, il a été possible d'intervenir auprès de parents dont l'enfant ou l'adolescent a été victime d'AS. Parallèlement, dans ce contexte, il a été possible de côtoyer plusieurs professionnelles œuvrant auprès d'enfants et d'adolescents victimes d'AS ainsi que leurs proches. Compte tenu de leur expertise en la matière, ce projet se base sur la réalité et l'opinion subjective des professionnelles œuvrant au CEMV. Cette section présente la méthodologie utilisée pour documenter les défis dans l'établissement de l'alliance thérapeutique auprès d'une clientèle d'adolescents victimes d'agression sexuelle. Les objectifs sont d'abord présentés. Ensuite, le choix de l'approche qualitative, les sources de données utilisées ainsi que la sélection et les caractéristiques des participants sont décrits. Pour poursuivre, l'analyse utilisée pour ce projet, soit l'analyse thématique, ainsi que les thèmes sélectionnés pour l'analyse des verbatims sont exposés. Enfin, les limites de la présente étude seront expliquées.

3.1 Objectifs

L'objectif principal de ce projet est de : *documenter les défis rencontrés dans le développement de l'alliance thérapeutique auprès d'une clientèle adolescente victime d'AS et d'ouvrir le dialogue sur des stratégies reconnues et permettant d'optimiser l'alliance*. Pour ce faire, quatre objectifs spécifiques sont dégagés, soient :

- 1) *Discuter avec l'équipe clinique du CEMV de l'importance de l'alliance thérapeutique en relation d'aide auprès de jeunes victimes d'AS.*

- 2) *Proposer un outil thérapeutique permettant de mesurer la qualité de la relation thérapeutique auprès d'une clientèle victime d'AS et leur proche.*
- 3) *Dégager à l'aide de Focus Group les particularités de l'alliance thérapeutique auprès des adolescents victimes d'AS selon l'équipe clinique de CEMV ainsi leur appréciation générale relative à l'outil.*
- 4) *Dégager, à la suite de notre propre expérience personnelle en stage, notre appréciation générale de l'outil.*

3.2 Choix de l'approche

Compte tenu des différents objectifs visés par ce projet de stage, l'approche qualitative a été choisie. Cette approche est pertinente puisqu'elle est « menée de façon naturelle, sans appareil sophistiqué ou mises en situation artificielles, selon une logique proche des personnes, de leurs actions et de leurs témoignages (Paillé et Muchielli, 2016 p. 13). Ainsi, l'approche qualitative s'appuie sur la compréhension et l'interprétation des pratiques et des expériences subjectives afin de mieux en saisir le sens. Dans le cas présent, nous souhaitons, en premier lieu, recueillir l'expérience subjective des professionnelles œuvrant au CEMV en ce qui a trait aux particularités de l'alliance thérapeutique auprès d'une clientèle ayant été victimes d'AS et leur proche. En deuxième lieu, nous souhaitons aussi rapporter notre propre appréciation de l'outil proposé. Ainsi, considérant le visé exploratoire de ce projet et l'importance accordée au discours des participants nous considérons que l'approche qualitative est à privilégier pour ce projet.

3.3 Source de données

Trois sources de données ont été utilisées afin de répondre aux différents objectifs de ce projet, soit une présentation orale, deux Focus Group ainsi que nos notes personnelles.

3.3.1 Présentation orale

Afin de répondre aux deux premiers objectifs, soient de présenter une recension des écrits scientifiques à jour aux intervenantes sur le sujet de l'alliance thérapeutique et de les questionner sur ce qu'ils vivent comme défi à ce sujet une présentation orale a été réalisée. Un support visuel de type PowerPoint a été utilisé et la présentation était d'une durée d'environ 30 minutes. L'objectif de la celle-ci était de faire état de la littérature scientifique concernant l'alliance thérapeutique et d'amorcer la réflexion de l'équipe afin bien identifier les défis rencontrés. Ensuite, le *Session Rating Scale (SRS)* a été présenté et expliqué à l'équipe.

3.3.1.1 Session Rating Scale

Considérant que l'évaluation que fait le client de la qualité de l'alliance thérapeutique en contexte d'intervention serait un meilleur prédicteur que la propre évaluation du thérapeute, Duncan et coll., (2003) ont développé le *Session Rating Scale* afin d'offrir une brève mesure d'alliance thérapeutique. Il ne s'agit pas d'un outil de recherche, mais bien d'un outil clinique permettant au thérapeute d'évaluer la qualité d'alliance à chaque rencontre avec leurs clients.

Leur but était d'encourager les conversations routinières à propos de la perception du client sur le "partenariat" entre un thérapeute et son client. Cet outil permet aux intervenants d'obtenir la rétroaction des clients sur la relation de travail, reconnaître les ruptures d'alliances et d'utiliser les renseignements obtenus afin d'orienter et adapter la prestation des services offerts. Il peut être rempli en moins d'une minute et il faut le même temps pour l'interpréter, ce qui permet de l'intégrer plus facilement dans une routine thérapeutique de fin de rencontre. De

plus, l'utilisation de l'outil est simple : le client doit coter, en mettant une ligne sur une échelle allant de 0 à 10, quatre éléments distincts.

Ainsi, le client doit quantifier :

- 1) La relation, allant de *Je ne me suis pas senti écouté(e), entendu(e) et respecté(e)* à *Je me suis senti écouté(e), entendu(e) et respecté(e)*

- 2) Les objectifs de travail et sujets de discussions, allant de *Nous n'avons pas travaillé sur ce sur quoi je voulais travailler ou parlé de ce dont je voulais parler* à *Nous avons travaillé sur ce sur quoi je voulais travailler et parlé de ce dont je voulais parler.*

- 3) L'approche / Méthode allant de *L'approche du thérapeute ne me convient pas* à *L'approche du thérapeute me convient*

- 4) La séance dans sa globalité, allant de *Il manquait quelque chose dans la séance aujourd'hui* à *Globalement, la séance d'aujourd'hui m'a convenu*

En ajout, il a été expliqué que l'utilisation de l'outil requiert plus que de seulement "compléter" l'échelle. Duncan et coll., (2003) ont fait plusieurs recommandations quant à l'utilisation clinique de l'outil. Les recommandations suivantes ont été nommées lors de la présentation de l'outil à l'équipe clinique du CEMV.

- 1) Pour instaurer une culture de rétroaction, il est important de présenter l'outil de façon judicieuse et exhaustive en expliquant son but et son utilité.
- 2) Lors de l'explication et la passation de l'outil, l'intervenant doit créer une atmosphère dans laquelle le client se sent libre d'évaluer son expérience, soit sans crainte de représailles et avec l'espoir qu'il y ait un impact sur la nature et la qualité des services fournis. Il est primordial de faire preuve d'ouverture et de transparence.
- 3) Lors de l'interprétation des résultats, les études démontrent que les résultats sont relativement élevés et que le seuil moyen serait de 36/40.
- 4) Toutefois, un résultat élevé ne signifie pas nécessairement que l'alliance est solide, d'où l'importance d'aller valider chaque élément. De plus, un résultat en bas de la moyenne devrait constituer une source de préoccupation.
- 5) La diminution d'un seul point peut être associée à des résultats plus médiocres, d'où la pertinence d'utiliser l'outil à chaque rencontre.
- 6) Il est important de faire une rétroaction immédiate avec le client
- 7) La réponse du clinicien à la rétroaction négative du client, même si cette rétroaction se rapporte à un aspect de la thérapie qui peut sembler banal, peut contribuer à renforcer l'alliance thérapeutique et jeter de solides bases pour la suite.
- 8) Les thérapeutes les plus efficaces suscitent des commentaires négatifs de la part de leur client.

Enfin, la validité concomitante, la fiabilité test-retest et la consistance interne du SRS ont été démontrées (*Duncan et coll., 2003*). Bien qu'il existe plusieurs mesures d'alliance, le SRS est utilisé dans ce projet en raison de son efficacité, sa simplicité et la rapidité avec laquelle il peut être utilisé.

3.3.2 Focus Group

Afin de répondre au troisième objectif, soit de *Dégager à l'aide de Focus Group les particularités de l'alliance thérapeutique auprès des AVAS selon l'équipe clinique de CEMV ainsi que leur appréciation générale relative à l'outil*, deux Focus group ont été réalisés avec l'équipe clinique.

Un Focus Group se définit :

« Discussions de groupe ouvertes, organisées dans le but de cerner un sujet ou une série de questions pertinentes pour une recherche. Le principe essentiel consiste en ce que le chercheur utilise explicitement l'interaction entre les participants, à la fois comme moyen de recueil de données et comme point de focalisation dans l'analyse (Kitzinger, 1994) ».

Il s'agit donc d'une alternative aux questionnaires qui permet de recueillir de l'information par plusieurs personnes au même moment. De plus, l'élément le plus important provient de l'interaction entre les participants, qui permet d'enrichir les idées et les conversations. En ajout, Moscovici (1984) (Tiré de Kitzinger, 1994) précise que « nous pensons avec nos bouches », indiquant que la formation d'idées, de croyances et d'opinions s'insère dans et par la communication.

Bref, le choix de l'utilisation de Focus Group dans ce projet de maîtrise nous apparaît comme le plus pertinent, considérant qu'il permet d'optimiser la discussion grâce à l'interaction des intervenantes sur l'alliance thérapeutique.

Avant de débiter, plusieurs consignes ont été énoncées :

- 1) Il n'y a pas de bonne ou de mauvaise personnes.
- 2) L'animateur du Focus Group ne donne pas son opinion, mais "conduit" la discussion.
- 3) Une personne parle à la fois en levant la main.
- 4) Il est possible que l'animateur demande à une personne d'arrêter de parler pour laisser la chance à d'autres personnes de discuter sur le sujet.
- 5) Les noms des personnes resteront confidentiels.

Enfin, le Focus Group s'est déroulé en deux temps, soit à la fin de la présentation sur l'alliance thérapeutique, puis trois mois suivant le premier Focus Group. Cette attente entre les deux Focus Group permet aux cliniciennes d'utiliser ou non l'outil et de constater si la présentation sur l'alliance a eu un impact sur leur pratique. Le deuxième Focus Group a permis de poursuivre la réflexion sur l'importance de l'alliance thérapeutique en intervention auprès d'une jeune clientèle victimes d'AS et leur proche. Les deux discussions ont été filmées à l'aide d'une caméra afin de permettre la retranscription du verbatim.

3.3.3 Notes personnelles

Afin de répondre au dernier objectif, soit de *dégager, à la suite de notre propre expérience personnelle en stage, notre appréciation générale de l'outil*, nous avons utilisé des notes personnelles. Plus précisément, nous avons aussi utilisé l'outil lors de notre stage clinique et nos rencontres auprès des parents dont l'enfant ou l'adolescent a été victime d'une AS. À la suite de ces rencontres où l'outil a été utilisé, les appréciations générales de l'outil ont été notées dans un cahier de stage précisant le ressenti de l'intervenant lors de l'utilisation ainsi que les points positifs et les points négatifs associés à l'utilisation du SRS en suivi.

3.4 Participantes

3.4.1 Sélection

Le premier Focus Group s'est déroulé en octobre 2017, tandis que le deuxième s'est déroulé en janvier 2018, soit environ trois mois plus tard. La durée des Focus Group a été 75 minutes pour le premier et 40 minutes pour le deuxième. La participation était simple et confidentielle. La présentation et les Focus Group se déroulaient dans la salle de conférence du CEMV et avaient lieu à la suite des rencontres d'équipes cliniques. Les intervenantes et cliniciennes souhaitant participer étaient donc invitées à participer à la suite de celles-ci. Un formulaire de consentement évoquant les notions de confidentialité et demandant l'autorisation d'être filmée était remis à chacune des cliniciennes (voir Annexe 3). Ce formulaire a aussi permis de recueillir certains renseignements personnels afin de dresser un portrait de la représentativité de des intervenantes ayant participé à chaque Focus Group. Les tableaux suivants permettent de bien visualiser ces caractéristiques.

Tableau I : Caractéristiques des cliniciennes au premier Focus Group

Participant	Sexe	Âge	Titre	Xp ⁵ à CEMV	Ados rencontrés à CEMV	Ados rencontrés autres que CEMV	Utilisation outil pour évaluer AT
1	F	32	Psychologue	5	2	5	Non
2	F	35	Psychologue	3	1	25	Non
3	F	33	Sexologue	3	4	30	Non
4	F	37	Sexologue	5	2	20	Non
5	F	35	Sexologue	0,83	1	5	Non
6	F	29	Sexologue	1,5	3	1	Non
7	F	30	Travailleuse sociale	3	15	20	Non
8	F	33	Sexologue	4	0	0	Non
9	F	49	Sexologue	1,5	1	12	Non
10	F	37	Psychologue	0,1	0	140	Non

⁵ Années d'expérience

Tableau II : Caractéristiques des cliniciennes au deuxième Focus Group

Participant	Sexe	Âge	Titre	Xp à CEMV	Ados rencontrés à CEMV	Ados rencontrés autres que CEMV	Utilisation outil pour évaluer AT	Utilisation SRS
1	F	31	Psychologue	2	3	3	Oui	Non
2	F	29	Sexologue	1,8	4	0	Oui	Oui
3	F	30	Travailleuse sociale	3,3	15	20	Non	Non
4	F	37	Psychologue	0,3	1	140	Non	Non
5	F	49	Sexologue	1,8	2	10	Non	Non
6	F	40	Psychologue	7	0	10	Oui	Oui
7	F	33	Sexologue	3,5	0	30	Non	Non
8	F	37	Sexologue	5,5	0	30	Non	Non
9	F	33	Sexologue	4	0	10	Non	Non
10	F	35	Sexologue	1	1	0	Non	Non
11	F	32	Psychologue	5	2	10	Non	Non
12	F	40	Psychologue	7	5	50	Non	Non

3.4.2 Caractéristiques

Lors du premier Focus Group, il est tout d'abord pertinent de préciser qu'aucun homme n'était présent, excepté l'animateur. Dix femmes ont donc participé à la première discussion. De ce nombre, nous retrouvons six sexologues, 2 psychologues et une travailleuse sociale. La moyenne d'âge des cliniciennes se situe entre 29 et 49 ans. Concernant leur

expérience, la moyenne d'années d'expérience de travail au CEMV est de 2,69 années, allant d'environ un mois à cinq ans. De plus, parmi les cliniciennes, huit sur dix ont déjà rencontré au moins un adolescent dans le cadre de leur travail au CEMV. De plus, neuf sur 10 ont eu l'occasion d'intervenir auprès d'adolescents dans un autre contexte d'intervention qu'au CEMV. En tout, les cliniciennes ont rencontré environ 287 adolescents dans leur carrière. Notons toutefois qu'une clinicienne a rencontré à elle seule 140 adolescents parmi ce nombre. Enfin, aucune des cliniciennes n'a déjà utilisé un outil permettant de mesurer la qualité de l'alliance thérapeutique.

Lors du deuxième Focus Group, c'est 12 femmes qui ont participé à la discussion. Trois d'entre elles n'étaient pas présentes lors du premier Focus Group. Cette fois-ci, six sexologues, 5 psychologues et une travailleuse sociale étaient présentes. La moyenne d'âge se situait à nouveau entre 29 et 49 ans. La moyenne d'années d'expérience au sein de l'équipe du CEMV était plus élevée lors du deuxième Focus Group, soit de 3,52 années. Le nombre approximatif d'adolescents rencontrés s'élève à 346. De plus, parmi les douze cliniciennes, 3 d'entre elles ont déjà utilisé un instrument permettant de mesurer la qualité de l'alliance thérapeutique, dont deux qui ont utilisé le Session Rating Scale (Duncan et coll. 2003).

Ces caractéristiques permettent d'apprécier la diversité des cliniciennes et leur niveau d'expérience auprès d'une clientèle adolescente, ce qui ajoute de la crédibilité à leurs opinions subjectives émergeant des discussions de groupe.

3.5 Analyse des données

Pour ce projet, nous avons privilégié, parmi les différents types d'analyse, l'analyse thématique. Dans ce type d'analyse, la thématisation constitue l'opération centrale de la méthode, à savoir la transposition d'un corpus donné en un certain nombre de thèmes représentatifs du contenu analysé, et ce en rapport avec l'orientation de recherche (Paillé et Muchielli, 2016, p. 236). Il s'agit d'un choix logique lorsque la visée de la recherche est davantage descriptive qu'interprétative (Paillé et Muchielli, 2016). Ainsi, l'intégralité des discussions enregistrées lors des Focus Group a été retranscrite à l'aide du logiciel Word, sous forme de verbatims. Ils ont été ensuite analysés verticalement afin de relever tous les thèmes pertinents en lien avec les objectifs de la recherche (Paillé et Muchielli, 2016). Ceux-ci avaient déjà été préalablement déterminés lors de la préparation Focus group. La lecture, à plusieurs reprises, des verbatims a toutefois permis de préciser les thèmes centraux de cette étude. Ensuite, une analyse horizontale a été effectuée afin de tracer des parallèles ou des divergences entre les différents thèmes à travers les discussions (Paillé et Muchielli, 2016). En ce sens, ceci permettra d'analyser le vécu et l'opinion subjective des cliniciennes quant à leur expérience en intervention auprès d'une clientèle adolescente victime d'AS.

3.6 Thèmes abordés

Afin de dialoguer sur l'importance de l'alliance thérapeutique dans un contexte d'intervention tel le CEMV, plusieurs thèmes ont été discutés (voir annexe 1 pour les questions). Le premier Focus Group a ainsi permis d'aborder les signes favorisant une bonne alliance, les ruptures d'alliance, les enjeux rencontrés avec les adolescents ainsi que l'appréciation générale du Session Rating Scale (Duncan et coll. 2003) et de la discussion de

groupe sur l'alliance thérapeutique. Par la suite, le deuxième Focus a permis de discuter de l'appréciation générale de l'outil et des changements observés dans la pratique.

En premier lieu, l'équipe clinique a été invitée à discuter sur les signes permettant d'évaluer la qualité de l'alliance thérapeutique en intervention. Lors de la discussion, il était donc question de l'attitude du client, de l'entente sur les attentes entre le client et le thérapeute, de l'attitude du thérapeute utilisée ainsi que la difficulté à évaluer l'alliance thérapeutique.

Le deuxième thème de la discussion concernait les ruptures d'alliance en intervention. Il a donc été question ici de la flexibilité de l'approche, des attentes organisationnelles ainsi que du contre-transfert ressenti en intervention.

Ensuite, le troisième thème abordé fut les enjeux rencontrés en intervention avec les adolescents. Les cliniciennes ont donc décrit les particularités liées à la rigidité du cadre, au rôle du thérapeute dans l'intervention, aux crises de la semaine et au contre-transfert ressenti. La place des autres membres de la famille, soit les enjeux et les moyens pour éviter/réparer les bris d'alliance sont aussi discutés.

En quatrième lieu, les cliniciennes ont été amenées à décrire leur appréciation du SRS et de la discussion de groupe sur l'alliance thérapeutique. L'intérêt de l'outil et les réflexions émergentes de la discussion sont discutés.

Enfin, le deuxième focus group permet de discuter l'appréciation générale de l'outil et des changements observés dans la pratique

3.7 Limite de ce projet

Ce projet comporte plusieurs limites. Tout d'abord, il est possible que les réponses des cliniciennes soient biaisées par le concept de désirabilité sociale. Plus précisément, il s'agit du souci de plaire à l'interlocuteur, ce qui peut avoir pour effet de déformer le discours des cliniciennes. En effet, une présentation indiquant les meilleures pratiques en intervention et l'importance de l'alliance thérapeutique en relation avec un client a été discutée tout juste avant le premier Focus Group. Il est donc possible que les cliniciennes aient répondu en fonction des éléments qui ont été précédemment présentés. De plus, le fait que l'animateur soit stagiaire au CEMV et côtoie les cliniciennes durant ce stage, a pu avoir pour conséquence de biaiser les réponses. En effet, il est possible que les cliniciennes aient voulu confirmer les dires de la présentation de l'animateur. Aussi, étant donné que les discussions avaient lieu en groupe, il est aussi possible que les participantes aient été moins authentiques qu'en individuel par souci de bien paraître devant leurs collègues.

Une autre limite de l'étude est l'homogénéité des participantes. Les cliniciennes étaient composées uniquement de femmes travaillant auprès d'enfants et d'adolescents victimes d'AS au CEMV. Il est donc difficile de généraliser les résultats à l'ensemble des intervenants et des milieux. De plus, il aurait été intéressant que certains hommes participent à la discussion afin d'analyser s'il existe des nuances dans l'établissement et le maintien de l'alliance thérapeutique entre les hommes et les femmes. Il est toutefois pertinent de préciser que les cliniciennes n'ont pas toutes reçu la même formation et ont des degrés d'expérience différents, ce qui a enrichi les discussions.

Enfin, ce projet est à visée exploratoire et est constitué d'un faible échantillon. Il ne permet donc pas la saturation empirique. Il permet toutefois de dégager plusieurs réflexions intéressantes quant à l'importance de la relation en contexte d'intervention.

Chapitre 4 : L'analyse

Ce chapitre vise à présenter les résultats obtenus à la suite de l'analyse thématique des verbatims. Plus précisément, ce chapitre permet de répondre en premier lieu au troisième objectif spécifique, soit : *Dégager à l'aide de Focus Group les particularités de l'alliance thérapeutique auprès des AVAS selon l'équipe clinique de CEMV ainsi que leur appréciation générale de l'équipe clinique du CEMV relative à l'outil.* Les thèmes abordés sont les signes favorisant une bonne alliance, les ruptures d'alliance, les enjeux rencontrés avec les adolescents ainsi que l'appréciation générale du SRS et de la discussion de groupe sur l'alliance thérapeutique. Les deux derniers thèmes sont l'appréciation générale de l'outil et les changements observés dans la pratique. Afin de préserver la confidentialité des participantes, les noms de celles-ci sont remplacés par des lettres (Mme A, Mme B, Mme C, etc). En deuxième lieu, notre propre appréciation générale de l'outil est ensuite discutée et permet de répondre au 4^e objectif, soit : *Dégager, suite à notre propre expérience personnelle en stage, notre appréciation générale de l'outil.*

4.1 Indices permettant d'évaluer la qualité de l'alliance thérapeutique

Le premier sujet discuté lors des Focus Group fût les signes permettant aux cliniciennes d'évaluer la qualité de l'alliance en intervention. Le premier élément qui en découle est **l'attitude du client.**

Mme A rapporte que l'ouverture du client à nommer son vécu, tant positif que négatif, est pour elle un signe qu'il existe un lien avec son client :

« Pour moi, je dirais que c'est lorsque le client se permet de me nommer des choses ouvertement, (...) que la personne se donne le droit de me dire qu'elle a plus aimé quelque chose ou qu'elle a moins aimé (...) que ce soit des commentaires positifs ou négatifs, que la personne s'ouvre là-dessus, je trouve ça vraiment riche. » (Mme A)

Mme B ajoute que pour elle, le fait qu'un client se montre vulnérable en rencontre est un indicateur que la relation avec le client est bonne

« Pour moi c'est vraiment quand j'ai l'impression que la personne accepte que je prenne soin d'elle. Puis je le sens en dedans de moi que la personne accepte de montrer ses vulnérabilités. » (Mme B)

Mme B précise que le fait de montrer ses vulnérabilités démontre la confiance de la personne envers elle :

«Je le sais qu'elle le sait que je suis là, pour la "catiner", pour l'aider, pour prendre soin d'elle (...) pour moi c'est ça mon indicateur de l'alliance dans une rencontre, généralement quand la personne se donne le droit de se laisser aller puis qu'elle a confiance que je suis là pour la ramasser, si elle est à terre... »(Mme B)

Un autre élément démontrant la qualité d'une alliance est **l'entente** entre les attentes du thérapeute et du client. Mme C nous précise l'importance que les attentes se rejoignent :

« Puis créer une alliance pour que ses attentes et nos attentes en tant que thérapeutes se rejoignent, c'est là où l'alliance se crée, lorsque tu réussis à trouver le bon terrain d'entente puis à maintenir ça au fil des rencontres ». (Mme C)

Mme D partage cet avis et mentionne que ses propres attentes doivent aussi être remplies dans sa relation avec le client. Elle mentionne que l'alliance est plus facile à créer lorsqu'elle a l'impression d'aider son client :

« Si je veux être capable d'entretenir une bonne relation avec le client, puis que je sois capable de travailler mon contre-transfert, il faut que j'aie une impression d'aider ce client ou de l'aider à cheminer. Là je vais être capable de créer une alliance plus facilement ». (Mme D)

Pour continuer, le troisième élément permettant d'évaluer la qualité de l'alliance thérapeutique selon l'équipe clinique du CEMV est **l'attitude du thérapeute**.

En effet, le type d'intervention utilisé par les cliniciennes serait un prédicteur de la qualité de l'alliance. Mme E discute du fait qu'elle se permet davantage de confronter ses clients lorsqu'elle sent que son alliance est plus solide :

« Quand je sens que l'alliance est bonne, je me permets davantage de faire de la confrontation bienveillante, par exemple de soulever ses contradictions puis qu'on en discute (...) si je sens que l'alliance est plus fragile, j'irai peut-être pas tout de suite là-dedans, je vais plus aller dans le renforcement (...) il a peut-être des indicateurs qui sont liés au type d'intervention que je vais mettre de l'avant avec mon client. » (Mme E)

Une autre attitude du thérapeute abordé lors du Focus Group est la transparence. Mme F nous explique que c'est plus facile de créer l'alliance thérapeutique par la transparence en verbalisant son vécu dans la relation avec le client :

« Je trouve que c'est plus facile de créer l'alliance thérapeutique par la transparence, en nommant exactement où je me situe (...) quand je sens que le client est fermé je trouve important de verbaliser le mouvement qui est en train de se passer. Je trouve que ça fait revenir la personne dans la relation ». (Mme F)

Mme D partage cet avis, ajoutant que la transparence peut solidifier l'alliance thérapeutique et agir comme modèle pour le client en nommant comment elle se sent :

« On peut solidifier l'alliance thérapeutique, en agissant comme modèle (...) nommer comment on se sent dans la situation .» (Mme D)

Toutefois, "évaluer" la qualité de l'alliance thérapeutique semble être un concept difficile à quantifier. Est-ce possible de quantifier une bonne alliance versus une mauvaise alliance ? Le dernier élément discuté concernant les indices afin d'évaluer la qualité de l'alliance thérapeutique est justement **la difficulté d'évaluer celle-ci** en raison des différentes perceptions entre le thérapeute et le client.

En ce sens, Mme F discute de la perception du thérapeute et de l'unicité de certains clients :

« Quand je travaillais avec les adultes, il y avait des clients qui pour moi, c'était moins fluide, mais que pour eux ça allait super bien et c'était la première fois qu'il vivait quelque chose sur le plan relationnel (...) on dirait que j'ai de la misère à me positionner comme juge de l'alliance parce que ce qui peut être bon pour certains n'est pas nécessairement ce que moi je pense qui l'est ». (Mme F)

Mme A ajoute que c'est le côté fluctuant de l'alliance qui rend la tâche difficile

« Mais j'aurais du mal à dire que l'alliance est mauvaise parce que pour moi elle est extrêmement fluctuante. » (Mme A)

Mme D va aussi en ce sens, discutant des différences entre la perception du client et du thérapeute. Elle nomme que parfois, elle a l'impression que ça ne fonctionne pas avec un client, mais que celui-ci s'implique tout de même en rencontre et que la démarche semble aidante pour lui :

« On dirait qu'on n'a pas nécessairement la même version de l'alliance comme thérapeute et comme client. Ça m'est souvent arrivé de me dire que ça ne clique pas avec cette personne-là, je sens que je ne l'aide pas, on dirait qu'on n'a pas le même langage, mais la personne revient, revient et revient. Je n'ai pas l'impression qu'elle revient pour "puncher". » (Mme D)

Bref, ce premier thème permet de nous éclairer sur certains indices permettant d'évaluer la qualité de l'alliance thérapeutique, telles l'attitude du client, l'attitude du thérapeute ainsi que l'entente sur les attentes entre le client et le thérapeute. Toutefois, il semble aussi difficile de "quantifier" la qualité de l'alliance thérapeutique en raison de son côté fluctuant, de l'unicité de certains clients ainsi que les différences entre les perceptions du thérapeute et du client.

4.2 Les ruptures d'alliances

Le deuxième thème abordé lors des discussions est les ruptures d'alliance en intervention. Ainsi, les éléments qui **peuvent causer des bris** d'alliance ont été abordés.

En premier lieu, la flexibilité du type d'approche peut, selon Mme G, causer des bris dans l'alliance si les besoins du client ne sont pas respectés. Elle donne l'exemple du nombre de rencontres possible avec un client. Pour elle, ce ne sont pas tous les clients qui nécessitent le même nombre de rencontre :

« Il y a une époque où c'était toujours 12 rencontres, et maintenant, c'est plus flexible, mais je pense que pour nos alliances thérapeutiques c'est vraiment un apport inestimable d'avoir plus de possibilités sur comment on applique notre approche, parce que c'est certain que ça ne cadre pas pour tout le monde les 12 rencontres, » (Mme G)

En ajout, Mme H parle du danger d'une approche structurée sur la relation avec le client :

« Dans une approche aussi structurée, c'est un peu un danger puis, il faut en être conscient » (Mme H)

De son côté, Mme A apporte un exemple concret des difficultés qu'elle a rencontrées en lien avec le type d'approche. Elle explique qu'elle a davantage de difficultés à créer l'alliance si elle est trop dans l'efficacité d'appliquer un modèle :

« Quand je repense aux fois où j'ai eu le plus de difficultés à créer l'alliance avec des enfants, c'est lorsque j'étais trop dans ce modèle, dans l'efficacité, dans les exigences élevées et que l'enfant m'amenait trop dans l'évitement ou dans l'hyperactivité, puis moi je voulais absolument le ramener, plutôt que de l'accompagner et de prendre le temps ».(Mme A)

Mme C précise que les bienfaits d'avoir une bonne alliance avec un client sont plus importants dans le rétablissement d'un client que les objectifs à remplir en suivi :

« Le critère numéro 1 c'est l'alliance thérapeutique dans le succès d'une thérapie, malgré le contexte qu'on a , parce qu'à la fin, si tu as eu une bonne alliance avec le client, et que le client est content du suivi, même si tu n'as pas atteint à 100% tous les objectifs, lui il a atteint ses objectifs, donc il part avec un bon souvenir du soutien en thérapie et se sent plus solide ». (Mme C)

Un autre élément abordé similaire aux types d'approches est l'attente organisationnelle, qui encore une fois, peut amener à être davantage concentré sur les objectifs à remplir au détriment des besoins du client. Mme F explique que lorsqu'elle est envahie par les attentes des institutions, il devient plus difficile pour elle de se concentrer sur l'enfant ou l'adolescent en face d'elle :

« Les fois que j'ai vécu des difficultés c'est parce que j'étais envahie par les attentes organisationnelles ou bien qu'il fallait que je prenne en compte la demande de l'école, la demande du psychiatre en plus d'essayer d'écouter la demande de mon client. Donc, essayer de se dégager des attentes des institutions ou des autres parents pour "focusser" sur l'enfant, ça demande un effort et parfois tu te laisses prendre dans tout ça, » (Mme F)

Pour continuer, le contre-transfert ressenti en rencontre peut être signe d'une rupture de l'alliance thérapeutique avec le client. Mme F parle de moment où son ego est menacé, par exemple avec un parent narcissique, et où il devient plus difficile de maintenir un lien avec le client ou son proche :

« Je pense que pour moi, une mauvaise alliance c'est quand le bris d'alliance vient menacer l'égo, qu'il vient jouer sur ta compétence, donc si on parle par exemple d'un parent narcissique (...) l'alliance peut être plus difficile à maintenir parce qu'ils vont être en bris de relation, ils viennent menacer notre propre narcissique.» (Mme F)

Mme A ajoute que quand l'ego est menacé par le contre-transfert suscité par le client, il est plus difficile d'être sensible au bris de relation :

« Dépendamment des situations où notre égo est menacé, dans ces moment-là, personnellement je peux moins être attentive au bris de relation, puis faut vraiment que je me parle parce que le réflexe c'est de ne plus être dans la relation » (Mme A)

Mme D, de son côté, se sert plutôt de ce contre-transfert ressenti pour dénoter les ruptures d'alliance afin de les aborder et les réparer :

« J'ai souvent remarqué quand il y avait un bris de relation , de tout de suite le sentir, le vivre, le type de contre-transfert que ça fait vivre et de le nommer, souvent ça devient

une relation partagée, on est d'accord, on ne s'est pas compris et on répare l'alliance en discutant du bris .» (Mme D)

Il est certes important de repérer les bris d'alliance afin de pouvoir les réparer et éviter l'abandon au traitement. Selon deux cliniciennes, c'est au thérapeute de restaurer cette alliance :

« Je dirais que c'est davantage le thérapeute qui a la fonction de restaurer , du moins d'être sensible à ça. Le client lui son devoir c'est de prendre soin de lui, pi d'être intègre dans sa démarche et de faire tout ce qui est en son pouvoir pour s'aider lui (Mme D)
«Oui, je suis d'accord avec toi ». (Mme H)

Ainsi, plusieurs situations peuvent occasionner des ruptures d'alliances. Tel qu'il a été vu, ces ruptures sont normales et nécessaires à la réussite d'une relation. Toutefois, il ressort de la discussion que la flexibilité des interventions/approches à l'égard des besoins de la clientèle semble favoriser une bonne alliance et prévenir certains bris. Au même titre, les attentes organisationnelles devraient aussi aller en ce sens. Enfin, le contre-transfert suscité par les clients peut entraîner des difficultés dans la reconnaissance des ruptures dans la relation. Il est donc pertinent pour un intervenant d'être attentif à ses propres réactions en rencontre et même d'utiliser celles-ci pour dénoter les bris d'alliance afin de les restaurer.

4.3 Enjeux avec les adolescents en intervention

Le troisième thème abordé lors de la discussion de groupe a été les enjeux en intervention avec les adolescents. Les particularités dans l'intervention auprès des adolescents, soient le cadre, le rôle de l'intervenant, les crises de la semaine, le contre-transfert, le "timing" et les enjeux liés à l'implication de la famille sont abordés. Ensuite, les moyens concrets proposés par les cliniciennes pour créer l'alliance sont analysés.

4.3.1 Particularité dans l'intervention auprès des adolescents

En premier lieu, l'intervention auprès des adolescents amène certains enjeux concernant la **rigidité du cadre**. Mme A parle de la diversité des adolescents. Elle explique que pour certains, il est nécessaire d'appliquer un cadre moins restreint, mais présent, tandis que d'autres nécessitent l'application d'un cadre très rigide. Mme A explique que cette réalité est aussi présente chez les adultes, mais que les enjeux reliés au cadre sont plus intenses chez les adolescents.

«Je trouve les ados sensibles au cadre, je me suis retrouvé dans des situations où certains avait besoin un cadre pas trop restreint, mais présent, tandis que d'autres avaient besoin d'un cadre très rigide car ils testent constamment le cadre. L'enjeu du cadre est parfois plus intense chez l'ado. Exemple, s'ils viennent en consommation dans leur rencontre ou qu'ils traînent 1000 amis ou qu'ils arrivent 50 minutes en retard » .(Mme A)

Un autre enjeu discuté est le **recadrage de notre propre rôle** dans l'intervention auprès des adolescents. Mme C parle du défi de bien définir son rôle. Elle explique qu'elle avait parfois tendance à agir "comme un ami" avec les adolescents afin d'avoir accès plus rapidement à l'adolescent. De son côté, Mme D parle plutôt du rôle que les adolescents lui attribuent et les attentes qu'ils se créent envers elle. Elle explique devoir recadrer les attentes et les espérances du client par rapport à son rôle sans venir fragiliser l'alliance. :

« Avec les ados, c'est un défi d'avoir un cadre plus clair, du moins, parfois j'ai l'impression que j'agissais comme un ami, pour avoir accès plus rapidement à plusieurs choses, mais c'est pas ça le rôle.» (Mme C) « Les rôles qu'ils veulent bien nous donner des fois qu'il faut recadrer. On dirait qu'ils nous projettent différents rôles auxquels on peut pas répondre, mais on ne veut pas non plus briser l'alliance, on ne veut pas que

l'ado soit déçu puis en même temps, je dois recadrer des attentes et des espérances par rapport à mon rôle.» (Mme D)

Mme F ajoute que le transfert que font les adolescents, selon l'organisation dont le thérapeute fait partie, peut parfois compliquer le rôle qu'ils nous attribuent. Elle explique avoir rencontré cette difficulté avec les adolescents qui l'a sentait affiliée à l'école :

« Ce que je ressens beaucoup avec les ados, c'est que ça dépend du transfert qu'ils ont fait, investi, est-ce que tu fais partie d'une organisation qu'ils aiment ou d'une organisation qu'ils n'aiment pas, moi je le vivais beaucoup que les ados me sentaient affiliée à l'école, donc c'était plus compliqué souvent il y avait des associations, ou des perceptions, un transfert sur des rôles qu'ils pouvaient m'attribuer » . (Mme F)

Les crises de la semaine, surnommée les "COW"(crisis of the week), sont d'autres défis rencontrés par les cliniciennes au CEMV avec les ados . Ainsi, lorsque questionnée sur les défis rencontrés avec les adolescents, Mme E répond spontanément :

« Les crises de la semaine, Crisis of the week! Il faut vraiment passer plus de temps à chaque rencontre, parce que ça évolue tellement vite, il y a tellement de choses qui se passent en dedans d'une semaine; party, chicane avec un ami. Il y a ça qui faut adresser avec les ados, au-delà de passer le contenu. Et ça aide à créer une alliance avec l'ado.» (Mme E)

Mme G ajoute, en parlant des crises de la semaine, le risque de ne pas les aborder :

« Mais ça peut devenir un frein si tu es trop centrée sur tes thématiques et que tu ne prends pas le temps de t'y attarder. » (Mme G)

Mme D abonde en ce sens, ajoutant qu'il est pertinent de bien maîtriser les thématiques afin de les inclure au contenu provenant des crises de la semaine :

« C'est bien de maîtriser les thématiques et avoir toute ta banque de thématique en tête et chercher au vol une situation. Exemple, je vais parler de consentement, là je vais parler de la sexualité saine versus une agression sexuelle. Il faut toujours l'avoir en tête versus un enfant que tu peux plus planifier. Je vois la différence avec les ados. » (Mme D)

Pour poursuivre, Mme G fait un parallèle entre le rôle de l'intervenant, le contre-transfert vécu et les risques de ruptures d'alliance. Elle explique que le contenu abordé par les adolescents est parfois susceptible de venir confronter les valeurs de l'intervenant et qu'il est important de bien doser le rôle à prendre avec cette clientèle :

« Je pense que chez les ados, ils nous amènent beaucoup de contenu qui viennent confronter nos valeurs, ils vont faire des choix qui vont venir confronter nos valeurs puis ce n'est pas ça qu'on veut pour eux. Puis tout le défi pour nous de ne pas se positionner, on est pas leur ami, mais on est pas leur parent non plus. On doit avoir le bon dosage pour être leur allier et leur guide là-dedans, mais en acceptant que des fois ça vienne vraiment nous chercher, que ce soit la consommation ou les choix de vie. C'est un défi majeur parce qu'on peut venir créer beaucoup de ruptures d'alliance en faisant une intervention sur ces choses-là » (Mme G)

Un autre défi discuté concernant l'intervention auprès des adolescents est **la place de la famille**. Ainsi, la présence des parents peut susciter des bris d'alliance avec l'adolescent, relativement à la place accordée aux parents, qui semblent difficiles à établir. Mme E donne un exemple où un parent s'est mêlé de la relation entre elle et une adolescente :

« Ça peut avoir un effet d'impliquer une autre personne avec une perception différente, puis je pense que ça peut entraîner des bris d'alliance. Exemple, suite à une rencontre avec l'adolescente, je crois qu'elle était réactive pendant la fin de semaine donc ça l'a pas plus à la mère et elle me l'a dit(...) La perception d'un adulte dans une relation

thérapeutique entre un intervenant et un ado, j'ai l'impression que souvent ça vient amener des questionnements sur l'alliance. » (Mme E)

Mme I ajoute qu'il est difficile de tracer une ligne entre l'implication d'un parent dans le suivi et l'acceptation de l'adolescent. Elle parle de l'enjeu d'impliquer le parent dans le suivi, sans venir contrarier l'ado :

« J'ai l'impression que parfois, on a une super alliance avec l'ado, mais les parents on les voit pas, puis d'autres fois, quand on est trop en alliance avec les parents, les ados ne sont pas content parce qu'ils veulent être de l'autre bord. (...) Il y a vraiment un enjeu avec les parents aussi. »(Mme I)

Dans la même optique, Mme J parle de la difficulté à se positionner entre le parent et l'adolescent et les défis pour l'alliance thérapeutique. Elle explique comment les parents peuvent se sentir s'ils ne sont pas assez impliqués à leur goût, mais aussi comment les adolescents peuvent réagir s'ils trouvent que les parents sont trop impliqués :

« Je trouve qu'avec les ados, c'est un méga défi, parce qu'il n'y a pas de position gagnante. Si tu ne vois pas les parents, ils peuvent être fâchés, donc dans leur non verbal ou dans leur façon de parler de la thérapie, ils peuvent envoyer un biais thérapeutique par rapport au thérapeute ou à la démarche. Puis parfois, l'ado ne veut pas vraiment que tu parles aux parents, mais il ne l'interdit pas non plus. Puis si tu parles trop aux parents, l'ado va être fâché (...) c'est un méga défi d'alliance. C'est comme si je ne sais pas est où la position parfaite, tu marches sur des œufs tout le temps. »(Mme J)

À la suite de cette discussion, Mme J et Mme K mentionne des moyens intéressants pour pallier aux enjeux discutés ci-haut. Mme J rappelle que son client principal est l'adolescent et qu'elle

résume à l'adolescent les discussions avec les autres adultes impliqués. Elle nomme essayer d'être hyper transparente avec l'ado :

« Mon client premier est l'ado, c'est notre client. La transparence, c'est toujours la façon que j'essaie de faire ... Tu m'as parlé qu'il s'est passé ça à l'école, j'aimerais appeler l'éducatrice, tu m'avais déjà signé le papier. Vérifier s'il est d'accord. La semaine suivante, je lui ai parlé, voici le résumé de notre discussion. Tes parents voulaient me parler, tu leur as dit oui, voici ce qu'on a discuté. Donc j'essaie d'être hyper transparente dans les démarches que je fais. » (Mme J)

De son côté, Mme K souligne l'idée intéressante de faire une rencontre familiale entre l'ado et les parents. Elle nomme la pertinence de bien préparer l'adolescent à cette rencontre. Elle ajoute que le fait de faire tomber les pressions présentes entre les parents et l'ado permet de laisser plus de place à l'alliance avec l'adolescent et d'aborder les problématiques vécues à la maison :

« Ça peut être intéressant de faire une rencontre familiale, mais que cette rencontre-là est préparée pendant 2-3 rencontres avec l'ado et c'est lui qui mène la rencontre. Nous on est là pour guider la communication. C'est elle qui a préparé ses questions, c'est elle qui veut aborder tel ou tel sujet, donc on fait ça en équipe. Je trouve que ça permet de faire tomber cette pression là, puis de laisser plus de place à l'alliance après avec l'ado. » (Mme K)

4.3.2 Moyens concrets pour créer l'alliance avec les adolescents

Le dernier sujet discuté en lien avec les enjeux auprès des adolescents est **les moyens concrets pour créer l'alliance** auprès de cette clientèle.

En premier lieu, il est important d'être authentique. Mme H le mentionne tout simplement :

«Il faut être authentique.» (Mme H)

Mme B ajoute que l'authenticité lui a permis de créer un lien avec sa cliente. Elle donne l'exemple où elle a simplement changé sa posture, qui n'était pas naturelle, pour s'asseoir en indien. Elle affirme qu'elle a remarqué un changement immédiat chez sa cliente qui s'est elle aussi permis d'être plus confortable en rencontre en enlevant ses souliers.

« J'ai constaté une chose vraiment intéressante avec une cliente. Au début j'étais pas super à l'aise dans les nouveaux divans, j'essayais de m'asseoir, plus droite, j'essayais différentes positions dans le pouf, puis je sentais que je n'étais pas naturelle, pas authentique, puis à un moment donné je me suis assise dans les poufs en indien et il y a eu comme un changement. J'ai remarqué que ma cliente elle l'a vraiment vu, puis elle m'a demandé si elle pouvait enlever ses souliers. Maintenant la première chose qu'elle fait en entrant dans la rencontre, elle enlève ses bottes ou ses souliers puis elle se met en indien. On dirait qu'à ce moment-là il y a eu un déclic. Je la sentais plus naturelle et ouverte à me parler. » (Mme B)

Mme C dit que d'identifier les forces du client de façon authentique a aussi un grand impact sur le lien avec celui-ci.

«Moi j'ai remarqué qu'ils étaient très sensibles aux renforcements et à identifier les aspects positifs de leur vie (...) quand on identifie les points forts chez eux de façon vraiment authentique, ça a un grand impact.»

Mme G amène aussi l'importance de s'intéresser aux adolescents au-delà de leur victimisation. Elle insiste sur la pertinence de s'attarder à leurs intérêts.

« Je trouve aussi important de s'intéresser à eux au-delà de l'agression sexuelle, avoir un intérêt pour leur vie, pour leur intérêt en général, puis ne pas perdre ça de vu dans notre évaluation et dans nos interventions.» (Mme G)

Toujours dans cette optique, Mme F ajoute que le fait de se rappeler d'éléments anodins du vécu des adolescents démontre cet intérêt et que ceux-ci en sont sensibles :

« Se rappeler de choses qui peuvent être anodine, mais qui pour eux sont importantes. Revenir sur des situations, qui montre que tu as une compréhension de l'intérêt de l'adolescent. » (Mme F)

Enfin, Mme L donne un bel exemple d'investissement auprès de ses clients, alors qu'elle a appris des mots dans leurs langues :

« En travaillant j'ai appris des mots de leur langue (en parlant d'une langue amérindienne). » (Mme L)

4.4 Appréciation générale du Session Rating Scale

4.4.1 Premier Focus Group

Lors du premier Focus Group, l'équipe clinique a été interrogée quant à **leurs intérêts** à utiliser l'outil clinique préalablement présenté, soit le Session Rating Scale (Duncan et coll., 2003). Ainsi, six des cliniciennes présentes ont manifesté un intérêt à utiliser l'outil. Parmi les raisons expliquant cet intérêt général, Mme A a apprécié le côté succinct et visuel de l'échelle :

« Moi je trouve aussi que c'est bien parce qu'il est très succinct, et j'aime ça travailler avec ce genre d'échelle parce que c'est visuel et dans la tête des ado c'est facilement accessible, j'ai hâte de l'essayer.» (Mme A)

De son côté, Mme C explique que l'outil va lui permettre de discuter à chaque rencontre du ressenti du client et d'éviter de passer à côté de cet aspect. Elle ajoute que l'outil va aussi lui permettre de se remettre en question :

« Ça reste souvent dans le non-dit, oui on parle de certaines choses avec les clients, mais, il y a bien des choses que l'on passe à côté, mais en revenant à chaque rencontre sur comment ils se sont senti, ça va être pertinent de le faire puis ça va me permettre de me remettre en question sur certains aspects. Je trouve ça intéressant. »(Mme C)

Pour Mme G, l'instrument clinique permet de réfléchir systématiquement à l'alliance avec ses clients. Elle ajoute avoir aussi un intérêt à utiliser le SRS dans un autre contexte qu'au CEMV :

« Moi aussi je suis très favorable à l'échelle, je trouve ça intéressant de présenter systématiquement quelque chose pour y réfléchir davantage avec nos clients, donc j'ai envie de l'essayer ici, mais aussi à mon bureau privé. Ça m'amène un outil pour mon travail dans tous les milieux. » (Mme G)

Enfin, Mme D et Mme B ont aussi manifesté leur intérêt pour l'outil :

« De mon côté je suis bien contente d'avoir l'outil» (Mme D) «Moi par rapport à l'outil, je vais dans le même sens que vous, je n'ai rien à ajouter , je trouve ça vraiment intéressant, je trouve une très bonne idée. Moi aussi j'ai hâte de l'essayer, de voir ce qui va ressortir de ça. » (Mme B)

Pour deux des cliniciennes, la présentation de l'instrument clinique amène certaines pistes de réflexions intéressantes. Mme H explique que l'outil lui permettrait d'aller explorer plus profondément les éléments de l'échelle :

« Il y a des choses que je vais aller questionner auprès des clients, mais peut-être pas d'une façon aussi standard, aussi claire. Il y a des choses qu'on peut aller voir , exemple si les besoins ont été répondu, mais on n'ira peut-être pas aussi loin qu'avec l'échelle, donc je trouve que c'est des belles pistes de réflexion, ça me parle beaucoup. » (Mme H)

Mme F de son côté se questionne quant à la formule des questions et le choix des échelles. Elle démontre toutefois un intérêt à l'essayer :

«C'est sûr que j'ai des questions dans sa formule, il va falloir que j'y réfléchisse, il y a quelque chose pour moi, peut-être dans le choix des échelles. Je vais l'essayer je t'en redonnerai des commentaires. » (Mme F)

Enfin, pour Mme E, l'outil amène certaines réticences quant à son utilisation avec la clientèle. Elle explique avoir la crainte que l'outil soit perçu comme une "pêche aux compliments". Elle exprime tout de même un intérêt à son utilisation :

« J'ai un peu la crainte que ce soit comme la pêche aux compliments, exemple dit moi que ça bien été, mais pourtant je parviens à être assez authentique avec mes clients pi je le cerne quand ça va bien ou pas... mais je sais pas comment ça peut être perçu de leur côté donc j'ai hâte de l'essayer pour voir s'ils vont cibler justement des éléments sur lesquelles on peut travailler la relation thérapeutique. » (Mme E)

Concernant la discussion sur la thématique de l'alliance thérapeutique, la totalité des cliniciennes présentes lors du premier Focus Group ont rapporté l'avoir appréciée. Une des raisons évoquées par Mme B est le côté plus "libre" de la discussion, sortant de l'approche régulière:

« Je trouve ça aussi intéressant la discussion parce que c'est rare qu'on a des discussions comme ça libres, qui sortent du cadre, de l'approche ou des thématiques où on parle plus du contenu, mais qu'on parle plus du contenant, je trouve ça vraiment enrichissant. »(Mme B)

Pour certaines, une autre raison évoquée est la réflexion relative au fait de s'interroger sur la qualité de l'intervention qu'elles ont appréciée. Mme C, Mme B et Mme D expriment que la

discussion les a amenés à se questionner elle-même. Elle parle de leurs exigences élevées envers elle-même et la relation avec le client :

« Puis la discussion moi j'adore ça.. je trouve ça vraiment enrichissant puis en même temps je trouve que j'ai des exigences élevées envers moi-même , donc d'écouter les autres et de discuter ça remet les choses en perspective puis j'aime ça. » (Mme C). «Par rapport à la discussion, j'aimerais ça qu'on en ait plus. Il y a un travail d'introspection à faire, je vais repartir avec une réflexion que je vais faire sur moi-même. On dirait que j'ai de la difficulté à dire que j'ai une bonne alliance. Je pense que j'ai des "High expectation" d'alliance, bref, ça m'amène à avoir une réflexion sur moi-même. »(Mme B) « Je vais me remettre plus en question, à savoir si je me surestime, donc j'ai une réflexion à faire en ce sens-là, mais je trouve ça intéressant.» (Mme D)

Dans le même sens, Mme D mentionne s'être reconnue dans la présentation concernant la tendance à attribué l'abandon d'un traitement à des facteurs externes au thérapeute. Elle exprime donc que la discussion l'amène à réfléchir sur ce sujet :

« Je me reconnaissais dans le côté attribution externe, que justement le client n'est pas prêt, que le client n'est pas disponible présentement (...) mais souvent quand il y a un abandon, je vais essayer de voir où le client était rendu, comment il a évolué pour qu'ils décident d'abandonner, donc je me reconnais et ça m'amène à réfléchir » (Mme H)

En dernier lieu, d'autres cliniciennes ajoutent que la discussion amène la réflexion suivante : l'alliance thérapeutique est un sujet souvent vécu implicitement, mais qu'il est rarement explicité, tel que le précise Mme F:

« Je trouve que c'est toujours intéressant d'en discuter, c'est important de l'avoir en tête, puis c'est vrai que parfois on l'oublie et on est pris dans beaucoup de choses, parce que dans notre pratique générale, c'est souvent implicitement vécu, mais pas explicitement

travaillé ou ouvert. Je trouve ça pertinent en ce sens (en parlant de l'alliance).» (Mme F)

Mme E ajoute que pour elle, l'alliance a toujours été très importante, mais qu'il est rare que ce sujet soit abordé, par exemple dans les discussions de cas. Elle qualifie que l'alliance est toujours dans "l'angle mort" des discussions :

«Par rapport à la rencontre aujourd'hui, je repars avec, pour moi l'alliance a toujours été importante, mais effectivement, c'est rare qu'on va aborder ça, justement , tant dans nos discussions de cas, c'est quelque chose qu'on sait que c'est là, on sait que c'est important, mais justement, il est toujours dans l'angle mort de nos discussions.»

Mme A partage l'opinion de ses collègues, comme quoi l'alliance thérapeutique est parfois là de façon implicite. Elle donne l'exemple qu'il lui est arrivé de prioriser la matière qu'elle avait à voir avec un enfant même si celui-ci ne semblait pas tout à fait disposé. Elle ajoute que la discussion lui aide à remettre en perspective l'importance de l'alliance thérapeutique au détriment des thématiques :

«Du côté de la discussion, ça me fait prendre conscience que l'alliance thérapeutique est là de façon un peu implicite, je suis encore beaucoup dans la performance des thématiques. J'ai l'impression que parfois je force encore un peu, je vois que l'enfant est pas tout à fait disposé, mais je vais prioriser la matière versus l'alliance parce que j'ai un cadre, j'ai tant de rencontres, mais c'est vraiment prioritaire l'alliance et c'est là-dessus que je dois mettre mon énergie » (Mme A).

Dans la même optique, Mme G souligne le fait que l'alliance n'a jamais été nommée comme thématique pour des formations, car c'est un sujet pris pour "acquis" :

« Puis la discussion est super riche. Ça me faisait réfléchir que souvent on nous demande des thématiques pour des formations qu'on veut recevoir et on n'a jamais nommé l'alliance. On le prend pour acquis. » (Mme G).

Somme toute, il ressort du premier Focus Group un intérêt considérable face à l'utilisation d'un outil permettant d'évaluer la qualité de l'alliance thérapeutique en intervention. De plus, le fait d'abord l'alliance thérapeutique, soit un sujet souvent vécu implicitement et rarement explicité, a été grandement apprécié par les cliniciennes en plus de générer plusieurs réflexions intéressantes. Le deuxième Focus Group, réalisé trois mois plus tard, permet d'analyser si les cliniciennes ont utilisé/apprécié l'outil, si elles ont rencontré des défis quant à son utilisation ainsi que les changements qu'elles ont remarqués dans leurs pratiques auprès d'adolescents victimes d'AS

4.4.2 Deuxième Focus Group

Une seule intervenante a utilisé l'outil lors de ses rencontres avec une adolescente. Elle a utilisé celui-ci à trois reprises avec cette dernière et affirme que l'outil lui a permis de mettre le focus sur certains points qu'elle n'aurait pas nécessairement pris le temps d'aborder autrement. Elle donne l'exemple d'une adolescente qui était fatiguée de parler de son agression. Mme C a pu s'ajuster et, sans ignorer le sujet, prendre une tangente différente pour l'aborder :

« Moi je l'ai utilisé seulement à 3 reprises avec une ado ... mais j'ai trouvé ça intéressant parce qu'il me permettait de mettre le focus sur certains points, donc oui ça m'a beaucoup aidé. Par exemple, à la fin d'une rencontre, on a abordé la psychoéducation de l'AS et elle m'a nommée être fatiguée de parler des agressions sexuelles, même si on ne parle pas de la sienne». On l'a abordé en fin de rencontre avec l'outil, donc elle a dit avoir moins aimé le moment où on parlait de l'agression, pas seulement parce qu'elle n'était pas bien , mais davantage parce qu'elle était fatiguée de parler de ce sujet-là. Les rencontres suivantes on n'a pas ignoré le sujet de l'agression, mais on a pu en parler, ça l'a ouvert la discussion et je sens qu'au niveau de l'alliance, ça a connecté.» (Mme C)

À l'inverse, les autres cliniciennes qui n'ont pas utilisé l'outil ont rapporté certains défis rencontrés face à son utilisation. Ainsi, le fait d'oublier d'apporter l'outil en rencontre ou de tout simplement oublier d'utiliser l'outil a été nommé par trois cliniciennes :

« J'y pensais, mais j'oubliais. J'arrivais dans ma rencontre, ah je l'ai oublié » (Mme C)

« Moi j'étais super emballé par l'outil, et on dirait que c'est tombé dans l'oubli. Je l'ai rangé avec mes papiers et je n'y ai jamais retouché. Je m'en excuse. » (Mme D)

« Honnêtement, ça m'est sorti de la tête. Tout cette discussion, moi j'avais trouvé ça vraiment intéressant, je me suis questionné, et une fois que j'ai fait ces questionnements-là puis ces prises de conscience, je suis retourné dans mes vieilles pantoufles. » (Mme F)

De leur côté, trois autres cliniciennes expliquent que les outils de recherche déjà présents ont freinés l'utilisation de l'outil. Mme A explique qu'elle a ainsi priorisé ce qui était obligatoire :

« J'étais emballé de l'utiliser, mais quand on retourne dans la routine des rencontres qui sont très structurées (...) pour ma part, j'ai de la difficulté à intégrer les outils de recherche régulier, celui-là est facultatif donc s'il y en a que j'ai pas le temps d'assimiler, ça va être celui-ci » (Mme A) «Même chose pour moi...» (Mme B)

« Moi aussi je ne l'ai pas utilisé. J'ai trouvé ça super intéressant, étant nouvellement arrivé, j'ai beaucoup de choses à assimiler. J'ai donc priorisé d'autres outils. » (Mme L)

Une autre clinicienne évoque la même réticence qu'elle a nommée lors du premier Focus Group, soit d'aller à la pêche aux compliments. Elle explique donc avoir exploré l'alliance de façon plus informelle :

«Moi aussi j'y ai pensé souvent, mais je n'ai pas utilisé l'outil, entre autres parce qu'au 1^{er} Focus Group j'avais émis certain questionnement, j'avais peur d'être perçu comme

dit moi que je suis bonne. J'avais un peu cette inquiétude-là et c'est pour ça que j'y suis allée plus informellement. » (Mme E)

Malgré les défis rencontrés, la présentation de l'outil et la discussion concernant l'importance de l'alliance thérapeutique ont du moins permis à certaines cliniciennes de remarquer des changements concrets dans leurs pratiques. Ainsi, certaines cliniciennes évoquent l'attention portée à l'alliance thérapeutique de façon plus "consciente". Dans cette optique, Mme G dit avoir davantage questionné de façon informelle les attentes d'une ado :

«Moi je ne l'ai pas utilisé , mais je l'ai fait de façon plus informelle sans nécessairement le remplir, mais plus en allant questionner. Je prenais le temps de voir avec mon ado si la rencontre avait répondu à ses attentes, Je questionnais plus informellement au lieu d'ajouter un autre document papier. » Mme G

Mme E ajoute que malgré qu'elle n'est pas utilisée l'outil, elle a pris le temps de miser sur l'alliance. Elle donne un exemple avec un ado où elle a remarqué une différence en s'attardant davantage au lien avec celui-ci :

«(...) c'est pour ça que j'y suis allé plus informellement. J'ai vraiment remarqué une différence parce que, dans un dossier où je sentais l'ado plus résistant, j'avais plus de difficulté à connecter avec lui. En prenant le temps de miser sur l'alliance, j'ai vraiment vu une énorme différence dans la démarche en peut-être 4 rencontres, en misant sur le moment présent, le non verbal, les petits détails anodins qu'on avait parlé au premier Focus Group. » (Mme E)

Mme A dit aussi que la discussion l'a amenée à penser "à l'extérieur de la boîte" lors de ses rencontres. Elle donne l'exemple où elle a été plus à l'écoute des besoins d'un client préado et des retombés positives de son intervention :

« Toujours dans l'idée que je n'ai pas utilisé l'outil, mais que la discussion m'a vraiment nourri au niveau professionnel ça m'a amené à penser à l'extérieur de la boîte. Avec un pré ado, je me suis mise plus à l'écoute de son côté pré ado et j'ai réservé une salle pour ado. Ça a changé mon "momentum" de rencontres et des choses ont évolué à partir de ce moment. On se dirige maintenant vers une belle fin de suivi. Au début, il se bouchait quasiment les oreilles. Maintenant, il est plus ouvert, il s'est senti valorisé, plus "cool" et il comprenait que j'étais à l'écoute. (Mme A)

Mme F abonde en ce sens, mentionnant faire davantage du "sur mesure" avec son client en s'adaptant mieux à lui :

« Je remarque qu'à chaque fois que je fais un davantage du sur mesure et je vais au-delà de ce qui est proposé, je l'adapte à mon client, ça fait vraiment une belle différence.» (Mme F)

Pour continuer, Mme E nomme être plus attentive au non verbal de son client et prendre maintenant le temps de valider la compréhension et le ressenti de celui-ci. Elle remarque des changements dans sa pratique (être davantage présente, attentive) ainsi que dans l'investissement de son client (heure d'arrivée, bien-être) :

« Justement avec mon adolescent de 17 ans, quand je dis que je suis plus attentive à ce qui se passe au moment même de la rencontre, autant dans son non verbal que ses attitudes... je sais que s'il met son capuchon ou se met en petite boule je suis peut-être allé un peu trop loin dans mon intervention. Je prends le temps de vérifier puis de valider sa compréhension, si ce que je lui ai dit l'a heurté (...)Je vois vraiment une évolution , il sent que je suis présente, attentive à lui et à l'inverse, il participe mieux à la démarche. Maintenant, il arrive à l'heure, avant il pouvait arriver 30 minutes en retard. Il m'a aussi dit que sa lui faisait du bien de venir.» (Mme E)

Enfin, Mme D parle d'une cliente qu'elle sentait en réaction et non disponible à ses interventions. Elle raconte avoir pris le temps d'aborder son ressenti avec sa cliente, lui proposant d'arrêter la rencontre au besoin. Toutefois, ceci a permis à la cliente de lui nommer qu'au contraire, ça lui faisait du bien de pouvoir partager ses frustrations. Mme D nomme avoir senti que l'alliance était là et qu'elle comprenait davantage le besoin de sa cliente :

«(...) je sentais que lors d'une rencontre avec mon ado, je marchais sur des œufs. Elle était très fâchée par rapport à une situation, elle était très expressive. Je l'ai accueilli et validé dans son émotion (...) après, elle était juste silencieuse et très en colère (...) J'ai essayé de la faire respirer, relaxer et de faire de la restructuration cognitive. Plus j'essayais et plus elle se pompait parce que je ne répondais pas à son besoin de vivre sa frustration. À un moment je lui ai demandé si c'était mieux de mettre fin à la rencontre, je ne voulais pas lui nuire. Elle m'a dit que non d'un air surpris. J'ai compris que ça lui faisait du bien d'être là, frustrée, en ma présence puis que je sois là pour accueillir sa frustration. J'ai compris que l'alliance était là, même si moi je me disais que je faisais peut-être pas la bonne chose pour elle.» (Mme D)

En résumé, l'utilisation de l'outil a été peu populaire auprès des participantes. Plusieurs raisons expliquent cette faible utilisation de la part des cliniciennes. Entre autres, la présence de formulaires de recherche et d'outils déjà utilisés semble avoir démotivé les cliniciennes à essayer le Session Rating Scale (Duncan et coll., 2003), malgré un fort intérêt lorsque celui-ci fût présenté. Toutefois, le fait d'avoir discuté de l'alliance thérapeutique en groupe et d'avoir présenté un outil clinique mettant l'emphase sur la relation avec le client, les objectifs, l'approche et la séance dans sa globalité ont permis aux cliniciennes d'être davantage attentives à la relation et aux besoins de leurs clients. Plusieurs de celles-ci ont même rapporté avoir observé des changements dans leurs pratiques, en plus de constater des effets positifs chez la clientèle. Il ressort donc de cette analyse plusieurs réflexions intéressantes relatives au concept de l'alliance thérapeutique en contexte d'intervention. Ces réflexions seront abordées lors de la discussion.

4.4 Appréciation personnelle

Lors de mon stage à CEMV, j'ai utilisé le Session Rating Scale (Duncan et coll., 2003) durant mes rencontres avec les parents dont l'enfant ou l'adolescent a été victime d'AS. Cette section permet donc de faire état de ma propre analyse subjective de l'outil. L'occasion d'échanger sur les interventions, le recadrage de nos attentes, le sentiment de compétences et les routines de fin de rencontre sont d'abord présentés. Ensuite, les défis rencontrés sont abordés.

4.5.1 Points positifs

Tout d'abord, le premier élément que j'ai apprécié de l'outil est qu'il donne l'occasion d'échanger sur nos interventions de façon concrète et de s'assurer que celles-ci soient adéquates pour le client. Cet exercice permet donc de valider des moments où nous percevons que le client peut s'être senti confronté ou inconfortable afin de prévenir des ruptures de l'alliance. Par exemple, un de mes clients avait tendance à littéralement passer d'un sujet à l'autre. Je devais donc recadrer monsieur et le ramener dans le sujet convenu, soit les comportements sexuels problématiques de son fils. Monsieur éprouvait certaines difficultés par rapport à la communication avec son fils, et il était important d'aborder cet élément afin d'aider monsieur à trouver des moyens pour discuter avec celui-ci. Or, mon ressenti était que monsieur devait se sentir irrité que je le recadre constamment. Toutefois, en utilisant l'outil, j'ai eu la chance d'aborder ce recadrage. Monsieur m'a alors affirmé avoir remarqué mes interventions, mais qu'il appréciait qu'on le recadre. Il reconnaissant avoir tendance à s'éparpiller dans ses idées et que mes interventions lui permettaient de se recentrer sur sa relation avec son fils. Ainsi, le fait d'aborder mes interventions avec le client m'a permis de solidifier l'alliance avec celui-ci, en plus d'acquiescer une certaine confiance face à mes interventions. Un autre exemple est lorsque j'ai fait un reflet pouvant être confrontant pour une cliente. Lorsque nous avons abordé l'outil clinique en fin de rencontre, nous avons pris le temps d'aborder ce reflet. Ma cliente m'a alors

dit qu'au contraire, ce reflet lui avait permis d'ouvrir les yeux sur une situation qu'elle ne réalisait pas. Ainsi, le fait d'aborder cette intervention a permis d'aller valider qu'il n'y avait pas eu de rupture d'alliance à ce moment. En ce sens, l'outil ouvre une porte aux clients afin de nommer des inconforts, des malaises ou des mécontentements, mais il permet aussi aux intervenants d'aller valider l'effet de leurs interventions sur le client. De plus, ceci permet d'envoyer un message clair aux clients que nous avons un intérêt à leurs besoins, à leur confort et à la relation. Bien que je n'ai pas d'exemple à ce sujet, je soulève la réflexion qu'il peut être plus facile pour un client de nommer une problématique lorsqu'un intervenant le fait (modeling).

En deuxième lieu, l'outil m'a permis de recadrer mes propres attentes en lien avec les objectifs d'une rencontre et d'un suivi. En effet, avant mes rencontres, je faisais souvent un plan des objectifs que je voulais travailler avec mes clients, selon ce qui avait été établi au départ et lors des rencontres précédentes. Ainsi, avec une cliente, il m'est arrivé de vivre certaines frustrations, car les attentes et les objectifs n'étaient pas remplis. J'étais alors moins disponible pour ma cliente, mais je tâchais tout de même de l'aider dans les sujets abordés. Lorsque nous avons discuté de l'outil, j'ai pu constater à quel point cette rencontre avait été bénéfique pour ma cliente. Lorsque nous avons abordé les éléments liés aux objectifs et la séance dans sa globalité, ma cliente a nommé que la rencontre lui a fait un grand bien et qu'elle avait énormément besoin de ventiler. Ainsi, le fait d'en discuter m'a permis de mieux comprendre les besoins de ma cliente. Bien que nous ayons des objectifs à remplir lors du suivi, le fait de ne pas lui accorder l'espace qu'elle avait besoin pour ventiler aurait pu être contre-productif pour madame, car elle n'aurait pas été disponible pour aborder autre chose. Même si la cliente n'est

pas une adolescente, il est intéressant de faire un parallèle avec les crises de la semaine discuté lors des Focus Groups. Ainsi, cette prise de conscience m'a grandement servi pour la suite. Je suis devenu plus sensible aux besoins de mes clients et lorsque ces besoins étaient répondus, j'ai constaté qu'ils étaient plus disponibles pour aborder les objectifs de suivi. J'ai donc aussi vu une différence dans la relation avec ceux-ci et sur les bienfaits du suivi. Grâce à l'outil, le fait de discuter des attentes, des objectifs, de la relation et de la séance dans sa globalité permet de recadrer nos propres attentes en fonction du client.

En troisième lieu, la possibilité d'établir une routine de fin de rencontre avec l'outil a été apprécié. En effet, lorsque l'outil a été utilisé à quelques reprises, le client s'attend à discuter des quatre échelles le composant. Or, il peut être difficile pour les clients de s'affirmer sur des éléments qui les dérangent ou qu'ils ont moins aimés. Le fait de discuter de la relation à la fin de chaque rencontre offre donc la possibilité aux clients de le faire ouvertement.

4.5.2 Défis rencontrés

Un premier défi rencontré relatif au SRS fut la quantité de formulaires à remplir au CEMV. En effet, dès les premières rencontres, des formulaires de confidentialité et de recherches sont à remplir avec le client. Sachant la charge émotionnelle que peuvent ressentir les proches des victimes en débutant la rencontre, le fait d'ajouter une autre "feuille" à remplir alors que ceux-ci ont généralement un grand besoin de ventiler sur la situation vécue par leur enfant, peut mener à un certain malaise de l'intervenant. Certes, il s'agit d'un outil clinique permettant d'offrir au client un moment pour discuter de son appréciation de la rencontre et il est important de le préciser au client lors de son utilisation.

Un autre défi fut la compréhension de l'outil par les clients. Un exemple concret s'est produit avec un client présentant un léger retard cognitif. Bien que l'outil et son utilité aient été expliqués à plusieurs reprises, le client semblait comprendre que ce formulaire servait à nous "évaluer". De plus, tel qu'énoncé comme crainte lors des Focus Group par une clinicienne, une autre cliente se servait davantage de ce moment pour nous "rassurer" en mentionnant plusieurs compliments au lieu de discuter de son vécu à elle dans l'intervention.

La notion de temps peut aussi parfois causer certaines difficultés en lien avec la passation de l'outil. Parfois, les rencontres avec les parents d'enfants victimes d'AS se font en même temps que la rencontre de leur enfant et la clinicienne. Ainsi, il pouvait arriver que la ponctualité de la rencontre soit primordiale afin que la clinicienne puisse prendre le temps de rencontrer le parent. Lorsque le parent discutait d'un sujet plus prenant, le manque de temps en fin de rencontre pouvait alors devenir un stresser quant à la passation de l'outil. Enfin, l'oubli d'apporter le SRS en rencontre a aussi été un frein à son utilisation.

Somme toute, il s'agissait d'une première expérience relative à l'utilisation du SRS en contexte d'intervention. Certes, certains défis ont été rencontrés, mais en général, nous avons apprécié les côtés positifs résultants de la passation du SRS lors de nos rencontres. Plus précisément, nous avons apprécié le fait de s'interroger sur le "ici et maintenant" dans la relation avec nos clients et de la possibilité de l'aborder en rencontre. Nous avons constaté des résultats positifs lors de nos rencontres, en plus de prendre une certaine assurance face à nos interventions. Certes, cette expérience nous a permis de nous sensibiliser à l'importance du lien et de la qualité de celui-ci en contexte d'intervention avec un client.

Chapitre 5 : Discussion

Dans le cadre de mon stage clinique au CEMV, je me suis intéressé aux particularités des adolescents victimes d'AS et leurs proches en contexte de relation d'aide ainsi qu'aux meilleures pratiques soulevées par la littérature scientifique. Dans cette optique, le concept d'alliance thérapeutique est identifié comme étant un ingrédient fort important dans l'efficacité d'une intervention thérapeutique ou d'une psychothérapie (Horvath et Symonds, 1991; Martin et coll., 2000), dont l'influence a également été démontrée chez les adolescents (Shirk et Karver, 2011). À notre connaissance, aucune étude ne semble s'être attardée spécifiquement au concept d'alliance thérapeutique en intervention auprès des adolescents victimes d'agression sexuelle. La visée de ce projet est donc exploratoire.

En ce sens, l'objectif principal était de : *documenter les défis rencontrés dans le développement de l'alliance thérapeutique auprès d'une clientèle adolescente victime d'AS et d'ouvrir le dialogue sur des stratégies reconnues et permettant d'optimiser l'alliance. Pour ce faire, quatre objectifs spécifiques ont été visés : 1) Discuter avec l'équipe clinique du CEMV de l'importance de l'alliance thérapeutique en relation d'aide auprès de jeunes victimes d'AS ; 2) Proposer un instrument clinique permettant de mesurer la qualité de la relation thérapeutique auprès d'une clientèle victime d'AS et de leurs proches. ; 3) Dégager, à l'aide de Focus Group, les particularités de l'alliance thérapeutique auprès des AVAS selon l'équipe clinique du CEMV ainsi que leur appréciation générale relative à l'outil ; 4) Dégager, à la suite de mon expérience de stage, l'appréciation générale de l'outil. Pour soutenir cette démarche, deux focus groups ont été réalisés avec l'équipe clinique du CEMV. L'analyse thématique des verbatims a permis d'établir les thèmes centraux émergents des deux discussions. Cette section permet donc de*

discuter des différents résultats émergents de ce projet et de proposer des recommandations cliniques.

5.1 Les adolescents victimes d'AS, une clientèle particulière

Tel que discuté dans le contexte théorique, toutes les victimes ne réagissent pas de la même façon à la suite d'une agression sexuelle (Kendall-Tackett et coll, 1993 ; Putnam, 2003). La présentation du modèle de Spaccarelli (1994) a permis de bien conceptualiser les différents enjeux dans la compréhension et la singularité des victimes. Ce modèle suggère que le vécu des victimes d'AS vient influencer leurs perceptions et leurs croyances et peut, dans certaines circonstances, induire un sentiment de méfiance à l'égard d'autrui. En amont, la relation d'aide avec une clientèle adolescente comporte son lot de défis, notamment en raison de leurs vulnérabilités, de leurs comportements à risque et de la construction de leur identité. Ceci se manifeste d'ailleurs par des changements sur les plans physiques, biologiques, émotionnels, cognitifs et socio comportementaux (Steinberg, 2008; Chamberlin, 2017; Chu, Suveg, Creed et Kendall, 2010). Ces changements surviennent à des moments différents selon l'individu. Or, la victimisation sexuelle peut venir interférer avec le bon déroulement de ces étapes du développement. Ainsi, les adolescents victimes d'AS représentent une clientèle particulière en contexte de relation d'aide. Par conséquent, il est nécessaire de prendre en considération les éléments susmentionnés lorsque l'on intervient. Les cliniciennes du CEMV ont discuté des défis rencontrés, particulièrement auprès de cette clientèle.

La rigidité du cadre fait partie des enjeux discutés et témoigne de la diversité ainsi que de la nécessité d'adapter le cadre en fonction de l'adolescent et des besoins qui lui sont propres. Les cliniciennes expliquent que pour certains d'entre eux, il est nécessaire d'appliquer un cadre moins structuré, mais présent, alors que pour d'autres, cette structure est primordiale. À titre

d'exemple, elles relevaient les rencontres où les adolescents se sont présentés avec plusieurs amis, où ils sont arrivés en état de consommation ou encore, où ils ont simplement testé la limite de l'intervenante. La rigidité du cadre est donc importante dans le maintien de l'alliance thérapeutique, puisqu'une mauvaise adaptation aux besoins de l'adolescent peut occasionner des ruptures d'alliance.

Les crises de la semaine sont aussi plus spécifiquement associées à une clientèle adolescente. Que se soit une chicane entre amis, une rupture ou encore des difficultés dans le milieu familial, les cliniciennes rapportent qu'elles doivent prendre un certain temps au début des rencontres pour aborder cette réalité. Ceci permet ainsi aux adolescents d'être davantage disponibles émotionnellement pour discuter des objectifs de traitement (Chu et coll. 2010 ;Ayotte et coll. 2015).

L'indépendance des adolescents et la tendance vers l'affiliation avec des pairs constituent un enjeu pour les intervenants puisque les jeunes peuvent être davantage méfiants et réticents à se confier à un adulte. Étant conscient que l'environnement et le soutien disponible des victimes d'AS ont un impact sur la santé mentale et le rétablissement (Spacarelli, 1994 ; Hébert et coll, 2014), les intervenants doivent s'adapter à cette réalité afin de respecter le rythme des adolescents, complexifiant alors le rôle à définir avec eux. Les difficultés d'estime de soi, la maturation cognitive tardive des adolescents, le besoin d'émancipation face à l'adulte et la faible motivation aux changements sont des facteurs pouvant amener des difficultés à se positionner vis-à-vis de l'adolescent (Larson et Verma, 1999 ; Olds et Papalia, 2005 ; Hébert et coll. 2014 ; Steinberg, 2013; Chu et coll. 2010, Steinberg, 2008). Les cliniciennes des Focus Group rapportent qu'elles ont parfois le réflexe de se positionner en "ami" avec l'adolescent afin de créer un lien et permettre d'avoir accès à celui-ci plus aisément. Le défi est donc d'arriver à

en prendre conscience pour ensuite recadrer son rôle en fonction des attentes du jeune, sans toutefois fragiliser l'alliance thérapeutique qui s'est créée.

De plus, la place accordée à la famille au sein du suivi thérapeutique constitue un autre enjeu nommé par les cliniciennes. Celles-ci expliquent la complexité en lien avec l'implication de la famille lors d'un suivi avec un adolescent. D'une part, les parents du jeune qui considèrent qu'ils ne sont pas suffisamment impliqués dans le suivi de leur enfant peuvent se sentir contrariés et même soumettre un biais négatif envers la démarche thérapeutique. Dans cette lignée, la littérature scientifique propose que l'adolescence passe par le détachement de la cellule familiale, se caractérisant alors par l'affiliation avec les pairs, «l'émancipation» de l'autorité parentale et la recherche d'autonomie (Larson et Verma, 1999 ; Olds et Papalia, 2005 ; Hébert et coll. 2014). En ce sens, les cliniciennes mentionnent que, pour leur part, les adolescents sont parfois contrariés lorsque le parent est considéré comme trop impliqué dans leur suivi. Par conséquent, cela représente un défi considérable pour le maintien de l'alliance thérapeutique. De plus, un élément intéressant mentionné lors des Focus Group est la pertinence de préparer le jeune à une rencontre familiale, où les enjeux liés à la communication sont discutés.

Une autre particularité de cette clientèle est la gestion du risque. La recension des écrits permet d'établir certaines conséquences préoccupantes chez les adolescents victimes d'AS. Que ce soit les comportements à risque, la sexualité à risque, les troubles alimentaires, le TSPT ou le risque suicidaire, ces éléments soulèvent des préoccupations chez les intervenants en contexte de relation d'aide. Sachant que la région du cerveau responsable entre autres du jugement, du contrôle des impulsivités, de la recherche de sensations fortes et de la prise de risque finit de se développer vers la mi-vingtaine. (National Institute of Mental Health, 2011 ; Steinberg, 2013 ; Chamberlin, 2017), le risque de passage à l'acte est d'autant plus inquiétant. Ainsi, il peut

s'avérer difficile pour un intervenant de demeurer objectif dans ses interventions, de ne pas "agir" son contre-transfert ou de se placer en position "parentale" lorsqu'il est inquiet pour un adolescent, ce qui pourrait avoir comme conséquence de fragiliser l'alliance. Les réactions des intervenants peuvent donc aussi causer des ruptures dans la relation avec un adolescent. Certaines situations contraignent également les intervenants à dénoncer certains comportements, s'ils évaluent qu'il existe un risque de tort sérieux pour l'adolescent ou pour autrui. Ce type d'intervention est parfois délicat, puisque l'intervenant doit prioriser la sécurité de l'adolescent, au détriment du lien thérapeutique. Ceci peut, par conséquent, contrarier l'adolescent et causer une rupture de lien, malgré les bonnes intentions à la base de cette intervention.

Finalement, les cliniciennes des Focus group proposent que l'authenticité, l'utilisation du renforcement et la démonstration d'un intérêt envers l'adolescent, au-delà de sa victimisation, constituent des moyens concrets afin de créer une alliance thérapeutique auprès d'une clientèle adolescente victime d'AS.

5.2 Le type d'approche, un enjeu pour l'alliance?

L'approche utilisée au CEMV, soit la TF-CBT, est une approche à la fois flexible et manualisée, basée sur des composantes précises et sur l'exposition graduelle des événements traumatiques (Fitzgerald et Cohen, 2012). Ce type d'approche, bien qu'elle soit structurée, permet d'avoir une certaine flexibilité en ce qui a trait au nombre de rencontres. Les cliniciennes ont rapporté que le nombre de rencontres avec un client, lorsque prédéterminé, peut avoir une incidence sur la relation si celui-ci ne correspond pas à ses besoins. Au CEMV, les cliniciennes ont la possibilité, lors de l'évaluation préalable au traitement, de déterminer le nombre de

rencontres nécessaires avec leur client, en plus de pouvoir ajouter des rencontres lorsque nécessaire. Cette façon de faire apparaît favoriser l'importance accordée à la relation thérapeutique puisqu'elle tient compte de l'unicité de chaque client. Elles citent en exemple qu'avec un nombre de rencontres pré-établi pour le traitement, par exemple 12 rencontres, elles ont tendance à perdre de vue les éléments importants de la relation avec leur client afin de s'assurer que toutes les composantes du modèle soient abordées. Pour les mêmes raisons, l'application d'un modèle trop rigide semble aussi occasionner des bris d'alliance. Certaines ont d'ailleurs précisé que les moments où elles ont éprouvé le plus de difficulté dans la relation avec leur client furent lorsque les exigences étaient trop élevées envers elles, mais également envers le client. Ces situations survenaient lorsqu'elles appliquaient un modèle, sans tenir compte de la disponibilité émotionnelle de l'enfant. Toujours selon leurs dires, les attentes organisationnelles trop élevées peuvent avoir une incidence sur le risque de causer des ruptures dans la relation avec le client. Les mêmes raisons que celles liées à la flexibilité de la clinicienne envers l'approche sont évoquées c'est-à-dire, que lorsque l'intervenante se sent envahie par les attentes de l'institution, différant généralement de celles des clients, elle portera davantage son attention sur les objectifs à atteindre que sur les besoins du client.

Finalement, il s'avère surprenant de constater que le contenu de la TF-CBT, soit l'exposition graduelle des événements traumatiques, n'ait pas été abordé dans les enjeux en ce qui a trait à la clientèle adolescente victime d'AS. À cet effet, la TF-CBT est une approche orientée vers le trauma dont l'objectif principal est d'aider les enfants et les adolescents à surmonter l'évitement traumatique, la honte, la tristesse, la peur et les autres problèmes reliés aux traumatismes (Fitzgerald et Cohen, 2012). Or, il nous apparaît contradictoire d'exposer directement une clientèle présentant des symptômes d'évitement, de méfiance ou encore un

TSPT, à son trauma. De plus, les services sont parfois offerts plusieurs mois, voire plusieurs années, après que l'expérience traumatique soit survenue. Étant donné qu'il s'agit d'une approche centrée sur le trauma comportant plusieurs composantes, il est réaliste de s'attendre à ce que les adolescents résistent au traitement, c'est-à-dire qu'ils n'aient pas envie de discuter de leur agression sexuelle ou encore qu'ils préfèrent parler de leurs problèmes personnels du quotidien ou des crises de la semaine. Puisque son efficacité a été démontrée de manière empirique, l'utilisation de cette approche n'est pas remise en question (Fitzgerald et Cohen, 2012). Toutefois, nous soulignons la pertinence de réfléchir et de se questionner quant à l'impact qu'elle peut avoir sur la qualité de l'alliance thérapeutique auprès des adolescents victimes d'AS.

5.3 L'utilisation d'un outil clinique permettant d'évaluer la qualité de l'alliance, un objectif réaliste ?

Le Session Rating Scale (Duncan et coll., 2003) a été présenté et discuté avec les cliniciennes des Focus groups. Il s'agit d'un instrument clinique permettant d'évaluer la qualité de l'alliance thérapeutique entre un thérapeute et son client. Il permet d'obtenir la rétroaction de la clientèle sur la relation de travail, de reconnaître les ruptures d'alliances et d'utiliser les renseignements obtenus afin d'orienter et d'adapter la prestation des services offerts. Cet instrument est d'autant plus utile considérant que la qualité de l'alliance rapportée par les clients est un plus grand prédicteur de l'efficacité du traitement que celle rapportée par les thérapeutes (Horvath et Symonds, 1991; Martin et al., 2000; Wampold, 2001 ; Horvath *et coll.*, 2011, Ayotte et coll. 2017). De plus, dans leurs études sur les supershrinks, Miller et coll. (2008) rapportent que lorsqu'une mesure d'alliance thérapeutique est utilisée avec une échelle de mesure

standardisée, les clients sont moins susceptibles de se détériorer, sont davantage sujets à rester plus longtemps en traitement et sont deux fois plus susceptibles de réaliser un changement clinique significatif. Par conséquent, la littérature scientifique expose la pertinence de questionner l'opinion du client concernant la qualité du lien avec son thérapeute. D'ailleurs, lors du premier Focus, group, toutes les cliniciennes verbalisent un intérêt pour essayer l'outil clinique. Trois d'entre elles soutiennent avoir certains questionnements et réticences envers celui-ci, mais démontrent tout de même un intérêt à l'essayer. Toutefois, lors du second Focus group, trois mois plus tard, seulement une clinicienne a essayé l'outil, et ce, avec une seule adolescente. Comment expliquer cette sous-utilisation de l'outil malgré un fort intérêt initial des cliniciennes ? À ce propos, trois raisons spécifiques ont été discutées, c'est-à-dire l'oubli récurrent d'utiliser ou d'apporter l'outil lors des rencontres, la priorité accordée à la passation des outils de recherche et la crainte d'aller à la "pêche aux compliments " avec les clients. Puisque le développement d'outils spécialisés passe par la recherche au CEMV, les cliniciennes et les SIPP doivent remplir avec leurs clients de nombreux questionnaires de recherche et ce, dans l'optique d'assurer et de développer les meilleures pratiques dans ce domaine. Dans ces conditions, l'abondance de formulaires et de questionnaires s'est révélé être le principal obstacle à l'utilisation du SRS.

5.4 Expérience personnelle

Durant mon stage, j'ai utilisé le Session Rating Scale (Duncan et coll., 2003) auprès des parents dont l'enfant ou l'adolescent a été victime d'AS. L'établissement et le maintien d'une alliance thérapeutique dans un contexte de relation d'aide auprès des proches sont pertinents puisque le soutien social des proches s'avère être un facteur de protection important chez les

victimes d'AS, particulièrement chez les enfants et les adolescents (Spaccarelli, 1994; Hébert et coll, 2014; Paquette et coll, 2012). Dans ce contexte, le soutien auprès des parents permet à ceux-ci de travailler sur leurs propres enjeux afin qu'ils soient davantage disponibles pour répondre aux besoins de leur adolescent. En ce sens, la recension des écrits permet d'établir que la qualité de la relation entre un parent et son enfant contribue à la réussite d'une thérapie (Paquette et coll., 2012). De plus, comme discuté dans les Focus Group, l'implication de la famille au sein du suivi thérapeutique de l'adolescent peut venir complexifier le suivi. Or, il est réaliste de croire qu'offrir un soutien aux parents tout en maintenant une alliance thérapeutique favorisera la mise en place d'un rôle actif dans le suivi, en s'assurant néanmoins de respecter le besoin d'autonomie de l'adolescent.

En somme, j'ai apprécié l'utilisation du Session Rating Scale (Duncan et coll., 2003) auprès des proches. Cet outil clinique a été créé dans l'optique d'encourager les conversations routinières concernant l'alliance thérapeutique et afin d'obtenir la rétroaction des clients sur la relation qu'ils entretiennent avec l'intervenant (Duncan et coll., 2003). Parmi les points positifs abordés lors de la discussion, j'ai particulièrement apprécié la possibilité d'échanger sur mes interventions avec le client, de pouvoir valider certaines de mes perceptions, de recadrer mes attentes mais aussi celles du client ainsi que l'instauration d'une routine de fin de rencontre avec les clients. De plus, l'utilisation de l'outil lors de mon stage m'a permis d'accroître mon sentiment de compétence, de développer une certaine assurance lorsque j'interviens, mais aussi de me sensibiliser davantage quant à la qualité du lien pouvant résulter de mes interventions auprès du client.

Certes, certains défis se sont posés, dont la charge de formulaire à remplir, la compréhension de l'outil par le client ainsi que le manque de temps en ce qui à trait à

l'administration de l'outil. Son utilisation peut s'avérer difficile selon les différents milieux de travail, mais aussi des types de clientèles. Toutefois, l'essence même de l'outil repose sur l'importance de se questionner en ce qui a trait à l'alliance thérapeutique en contexte d'intervention. Par ailleurs, prendre le temps de s'arrêter pour valider avec notre interlocuteur son ressenti amène des changements positifs et observables dans nos interventions.

5.5 L'alliance thérapeutique, un sujet vécu implicitement, mais rarement explicitement

Malgré la faible utilisation de l'outil, le discours des cliniciennes est différent en ce qui a trait à la présentation et aux discussions de groupe. En effet, la totalité des cliniciennes ont verbalisé avoir apprécié celles-ci. Elles ont d'ailleurs apprécié l'aspect plus "libre" de la discussion, la réflexion quant au fait de s'interroger sur la qualité de l'intervention ainsi que le fait de discuter d'un sujet vécu "implicitement", rarement explicitement. En d'autres termes, la relation avec le client est trop souvent prise pour acquise dans un contexte de relation d'aide. Rare sont les intervenants qui prennent le temps de se questionner quotidiennement sur la qualité de l'alliance qu'il développe avec leurs clients. Par ailleurs, les ruptures d'alliance sont parfois subtiles et les professionnels ont tendance à surestimer le taux d'amélioration de leurs clients tout en sous-estimant le taux de détérioration chez ces derniers (Dunning et coll. (2005); Walfish et coll. 2012) Hansen, et coll., 2002 ; Okiishi, Lambert, Eggett, Nielsen, Dayton, et Vermeersch, 2006). Par conséquent, cela complique leur capacité à percevoir les ruptures dans la relation. Afin de pallier à ces défis et conjugué au fait que l'alliance rapportée par les clients est un plus grand prédicteur de l'efficacité du traitement que celle rapportée par les thérapeutes (Horvath et Symonds, 1991; Martin et al., 2000; Wampold, 2001 ; Horvath *et coll.*, 2011, Ayotte et coll. 2017), l'avis du client se doit d'être pris en considération. Ces éléments mettent en lumière la

pertinence de se questionner relativement à la qualité du lien thérapeutique avec un client et particulièrement d'aller valider l'impression de ce dernier, d'autant plus qu'il est le meilleur juge de cette alliance. À cet effet, certaines cliniciennes ont noté des changements positifs dans leurs pratiques suite à la discussion sur l'alliance thérapeutique et la présentation de l'outil. Bien qu'elles n'utilisent pas la grille, elles mentionnent être davantage conscientes de l'importance à accorder à l'alliance thérapeutique avec leurs clients, entre autres en allant questionner les attentes des adolescents tout en étant plus attentives à leurs besoins. Elles considèrent avoir une plus grande sensibilité quant à la qualité du lien avec leurs clients, être plus attentives aux ruptures d'alliance et aborder davantage la relation thérapeutique avec eux.

5.6 Recommandation clinique

À la lumière de l'analyse des verbatims et des liens effectués avec la recension des écrits, des recommandations sont émises afin d'améliorer l'intervention auprès d'une clientèle victime d'AS et leurs proches.

Bien que l'utilisation d'une grille permettant d'évaluer quotidiennement la qualité de l'alliance thérapeutique soit utile en contexte d'intervention, la réalité actuelle des cliniciennes du CEMV n'a pu permettre son utilisation. De plus, considérant que la recherche et l'amélioration des services sont des priorités pour le CEMV, l'ajout d'un autre "questionnaire" a été considéré comme une contrainte par rapport aux nombreux formulaires de recherche qu'elles doivent utiliser. Ainsi, il est réaliste de s'attendre à ce que ce défi se pose également dans d'autres milieux de travail. Citons en exemple les centres jeunesse, milieu où les intervenants doivent déjà composer avec plusieurs documents. Or, l'objectif principal de l'outil est principalement d'aborder de manière routinière la relation entre un client et son thérapeute et de questionner le client sur perception du lien. Les Focus Groups réalisés dans le cadre de ce

projet de maîtrise ont permis de sensibiliser l'équipe clinique du CEMV à l'importance d'aller valider différents aspects de l'alliance thérapeutique. Comme susmentionné, cette alliance est un sujet trop souvent vécu implicitement, mais rarement explicitement. Il peut parfois devenir difficile de rester neutre et objectif à travers nos interventions en raison des attentes d'une organisation, d'une surcharge de travail, des objectifs à réaliser dans le cadre de nos fonctions, des formulaires à remplir sur une base régulière ou encore, en raison du contre-transfert pouvant être ressenti envers le client.

En résumé, l'ensemble des cliniciennes des Focus Groups ont reconnu avoir apprécié pouvoir discuter de façon libre en ce qui a trait à ce sujet, soit l'alliance thérapeutique. Certaines soutiennent d'ailleurs avoir observés des changements concrets dans leur pratique et se questionner plus régulièrement sur la qualité de la relation thérapeutique qu'elles développent avec leur client. Afin de s'adapter à la réalité des différents professionnels œuvrant auprès d'une clientèle adolescente ayant été victime d'agression sexuelle, notre recommandation est le développement d'une formation continue dont l'objectif serait de maintenir cette sensibilité au concept de l'alliance thérapeutique; un aspect du travail clinique parfois délaissé lorsque les tâches administratives deviennent plus lourde ou le contexte d'intervention plus régi par des objectifs thérapeutiques préétablis. Il pourrait également s'avérer pertinent de suggérer aux différents milieux que ce sujet soit abordé lors des discussions cliniques de cas, dans l'optique d'amener les intervenants à développer le réflexe de réfléchir à la relation dans le Ici et maintenant tout en prenant, bien entendu l'avis du client en considération.

Conclusion

Pour terminer, ce projet de maîtrise s'est intéressé à la relation d'aide auprès d'adolescents victimes d'agression sexuelle et leurs proches. Dans le cadre d'un stage clinique au CEMV, j'ai eu l'opportunité de travailler avec cette clientèle et de discuter avec les cliniciennes dont le mandat est d'aider ces adolescents à se rétablir, mais aussi à composer avec leurs symptômes. Plusieurs défis existent quant à l'intervention auprès de ce type de clientèle, notamment l'enjeu relatif à l'alliance thérapeutique. Certes, il y en existe d'autres. Cependant, ce projet visait spécifiquement à explorer les défis liés au *développement de l'alliance thérapeutique ainsi que les stratégies reconnues permettant d'optimiser l'alliance*. Il s'agit d'une expérience enrichissante où, je l'espère, les observations faciliteront le travail avec cette clientèle. Parmi ces observations, les points importants à souligner sont l'importance de s'interroger quotidiennement sur l'alliance thérapeutique dans l'ici et maintenant et d'obtenir l'opinion des adolescents concernant cette même alliance. En effet, les adolescents victimes d'AS sont une clientèle particulière et présentant certains risques pour eux-mêmes. Pour ces raisons, les services auprès des adolescents se doivent d'être adaptés aux différentes réalités auxquelles ils sont confrontés, mais également en tenant compte de leurs stades développementaux.

À notre connaissance, aucune étude ne s'est attardée spécifiquement au concept d'alliance thérapeutique en intervention auprès des adolescents victimes d'agression sexuelle. Toutefois, ce projet a permis d'établir la pertinence de s'intéresser à ce concept dans l'optimisation des meilleures pratiques auprès de cette clientèle. Dans cette optique, d'autres projets pourraient être réalisés afin de poursuivre la réflexion à ce sujet.

À cet effet, nous sommes conscients de la réalité de certains milieux en ce qui a trait à la charge que comporte la passation de questionnaires ou de formulaires de recherche ainsi que tout autre documents à remplir dans le cadre de leur fonction. Dans un contexte comme celui du CEMV, l'utilisation du Session rating scale (Duncan et coll., 2003) n'a guère été populaire. Cependant, nous sommes d'avis qu'il serait pertinent de tenter son utilisation dans d'autres milieux, mais toujours auprès d'adolescents victimes d'AS. Les Centres Jeunesses et les CAVACS pourraient être des milieux pertinents pour ce type d'exercice. Par contre, les intervenants en centres jeunesse travaillent avec une clientèle non volontaire, ce qui pourrait amener d'autres enjeux en ce qui concerne l'utilisation du SRS. Il serait pertinent qu'un projet futur s'intéresse à une clientèle victime non volontaire. Il serait également judicieux d'essayer l'outil clinique auprès d'un nouveau type de clientèle, comme par exemple les délinquants en milieu carcéral ou en centres de traitement pour la dépendance. Le but serait de déterminer si, dans ces contextes, l'attention portée à la création d'une d'alliance thérapeutique de qualité peut aussi amener des changements perceptibles et favorables à l'intervention.

Pour conclure, ce projet s'est intéressé à l'opinion des professionnelles œuvrant auprès d'une clientèle adolescente victimes d'AS et leurs proches. Celles-ci ont été questionnées sur les enjeux rencontrés dans un contexte d'interventions et les moyens employés afin de créer une alliance auprès de cette clientèle. Or, il serait intéressant qu'un projet similaire s'intéresse plutôt à l'opinion des adolescents à ce sujet. Cela permettrait de comparer les similitudes et les différences entre les opinions émises par les adolescents et celles des intervenantes. Nous sommes d'avis qu'une telle comparaison suscitera des pistes de réflexion intéressantes et nouvelles quant à l'importance de l'alliance thérapeutique auprès de cette clientèle.

Bibliographie

Alexander, L. B., & Luborsky, L. (1986). *The Penn Helping Alliance Scales*.

American Psychiatric Association. (2015). *DSM-5-Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*. Elsevier Masson.

Ayotte, M. H., Lanctôt, N., & Tourigny, M. (2015). *Pre-treatment profiles of adolescent girls as predictors of the strength of their working alliances with practitioners in residential care settings*. *Children and Youth Services Review*, 53, 61-69.

Ayotte, M.-H., Lanctôt, N., & Tourigny, M. (2017). *The association between the working alliance with adolescent girls in residential care and their trauma-related symptoms in emerging adulthood*. *Child & Youth Care Forum*, 46(4), 601-620.

Berliner, L. (2011). *Child sexual abuse: Definitions, prevalence, and consequences*. The APSAC handbook on child maltreatment, 3, 215-232.

Black, D. A., Heyman, R. E., & Slep, A. M. S. (2001). Risk factors for child physical abuse. *Aggression and violent behavior*, 6(2-3), 121-188.

Boisclair, J., & Durocher, L. (2014). *Guide de soutien à la pratique en matière d'abus sexuels et conduites à risque chez les adolescents de 12 à 18 ans*. Centre jeunesse de Montréal-Institut universitaire.

Briere, J. (1996). A self-trauma model for treating adult survivors of severe child abuse.

Brillon, P. (2013). *Comment aider les victimes souffrant de stress post-traumatique: guide à l'intention des thérapeutes*. Les Éditions Québec-Livres.

- Butler, A. C. (2013). *Child sexual assault: Risk factors for girls*. *Child abuse & neglect*, 37(9), 643-652.
- Casey, B. J., Jones, R. M., & Somerville, L. H. (2011). *Braking and accelerating of the adolescent brain*. *Journal of Research on Adolescence*, 21(1), 21-33.
- Chamberlin, A. K. (2017). *Interviewing adolescents: A Research-to-Practice Summary*.
- Chambon, O. et Marie-Cardinal, M. (1999). «5. Les attitudes de base» et «6. Le transfert et le contre-transfert », dans les bases de la psychothérapie - 3e éd. Paris : Dunod.
- Chu, B. C., & Kendall, P. C. (2004). *Positive association of child involvement and treatment outcome within a manual-based cognitive-behavioral treatment for children with anxiety*. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72(5), 821.
- Chu, B. C., Suveg, C., Creed, T. A., & Kendall, P. C. (2010). *Involvement shifts, alliance ruptures, and managing engagement over therapy. Elusive alliance: Treatment engagement strategies with high-risk adolescents*, 95-121.
- Cyr, M., McDuff, P., Collin-Vézina, D., & Hébert, M. (2012). *Les agressions sexuelles commises par un membre de la fratrie: En quoi diffèrent-elles de celles commises par d'autres mineurs*. *Les cahiers de Plaidoyer-Victime Antenne sur la Victimologie*, 8, 29-35.
- Daigneault, I., Hébert, M., Bourgeois, C., Dargan, S., & Frappier, J. Y. (2017). *Santé mentale et physique des filles et des garçons agressés sexuellement: Une étude de cas contrôlée appariée avec un suivi de cohortes sur 10 ans*. *Criminologie*, 50(1), 99-125.

- Deblinger, E., Mannarino, A. P., Cohen, J. A., & Steer, R. A. (2006). *A follow-up study of a multisite, randomized, controlled trial for children with sexual abuse-related PTSD symptoms*. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 45(12), 1474-1484.
- De Roten, Y., Michel, L., & Peter, D. (2007). *Pour un dialogue entre recherche et clinique: une étude de cas autour de l'alliance thérapeutique*. *Psychothérapies*, 27(1), 37-45.
- Dion, J., Matte-Gagné, C., Daigneault, I., Blackburn, M. E., Hébert, M., McDuff, P., ... & Perron, M. (2016). *A prospective study of the impact of child maltreatment and friend support on psychological distress trajectory: From adolescence to emerging adulthood*. *Journal of affective disorders*, 189, 336-343.
- DiLillo, D. (2001). *Interpersonal functioning among women reporting a history of childhood sexual abuse: Empirical findings and methodological issues*. *Clinical Psychology Review*, 21(4), 553-576.
- Dumaine, M., & Baillargeon, P. (2002). *L'alliance thérapeutique*. *Défi jeunesse*, 9(1), 17-22.
- Duncan, B. L., Miller, S. D., Sparks, J. A., Claud, D. A., Reynolds, L. R., Brown, J., & Johnson, L. D. (2003). *The Session Rating Scale: Preliminary psychometric properties of a "working" alliance measure*. *Journal of brief Therapy*, 3(1), 3-12.
- Educaloi. (2016). *L'âge du consentement sexuel*. Récupéré de <https://www.educaloi.qc.ca/capsules/lage.:du-consentement-sexuel>
- Fernet, M., Hébert, M., Gascon, S., & Lacelle, C. (2012). *Agression sexuelle et comportements sexuels à risque à l'adolescence*. *L'agression sexuelle envers les enfants*, 2, 131-170.
- Fitzgerald, M. M., & Cohen, J. A. (2012). *Trauma-focused cognitive behavior therapy for school psychologists*. *Journal of Applied School Psychology*, 28(3), 294-315.
- Finkelhor, D. (1984). *Child sexual abuse*. New York

- Finkelhor, D. et Browne, A. (1985). *The traumatic impact of child sexual abuse: A Conceptualization*. American Journal of Orthopsychiatry, 55(4), 530-541.
- Finkelhor, D., Shattuck, A., Turner, H. A., & Hamby, S. L. (2014). *The lifetime prevalence of child sexual abuse and sexual assault assessed in late adolescence*. Journal of Adolescent Health, 55(3), 329-333.
- Fleming, J., Mullen, P., & Bammer, G. (1997). *A study of potential risk factors for sexual abuse in childhood*. Child abuse & neglect, 21(1), 49-58.
- Flores, J., Laforest, J., & Joubert, K. (2016). *La violence vécue par les Québécois avant l'âge de 16 ans et la santé à l'âge adulte: quels sont les liens*. Bulletin Zoom santé, (26).
- Florsheim, P., Shotorbani, S., Guest-Warnick, G., Barratt, T., & Hwang, W. C. (2000). *Role of the working alliance in the treatment of delinquent boys in community-based programs*. Journal of clinical child psychology, 29(1), 94-107.
- Gardner, M., & Steinberg, L. (2005). *Peer influence on risk taking, risk preference, and risky decision making in adolescence and adulthood: an experimental study*. Developmental psychology, 41(4), 625.
- Gouvernement du Québec. (2001). *Orientations gouvernementales en matière d'agression sexuelle*. Québec, Canada : Publications Gouvernement du Québec.
- Hansen, N. B., Lambert, M. J., & Forman, E. M. (2002). *The psychotherapy dose-response effect and its implications for treatment delivery services*. Clinical Psychology: science and practice, 9(3), 329-343.
- Horvath, A. O., & Greenberg, L. S. (1989). *Development and validation of the Working Alliance Inventory*. Journal of counseling psychology, 36(2), 223.

- Hébert, M. (2011). *Les profils et l'évaluation des enfants victimes d'agression sexuelle*. Dans M. Hébert, M. Cyr et M. Tourigny (dir.), *L'agression sexuelle envers les enfants* (Tome 1, p. 149-204). Québec, Canada: Les Presses de l'Université du Québec
- Hébert, M., Tourigny, M., Allard-Dansereau, C., & Cyr, M. (2011). *L'agression sexuelle envers les enfants*. Québec, Les Presses de l'Université du Québec.
- Hébert, M., Daigneault, I. et Van Camp, T., (2012). *Agression sexuelle et risque de revictimisation à l'adolescence*. Dans M. Hébert, M. Cyr et M. Tourigny (dir.), *L'agression sexuelle envers les enfants: Tome 2* (p.131 à 170). Québec: Presse de l'Université du Québec.
- Hébert, M., Lavoie, F., & Blais, M. (2014). *Post Traumatic Stress Disorder/PTSD in adolescent victims of sexual abuse: resilience and social support as protection factors*. *Ciencia & saude coletiva*, 19, 685-694.
- Horvath, A. O., & Symonds, B. D. (1991). *Relation between working alliance and outcome in psychotherapy: A meta-analysis*. *Journal of counseling psychology*, 38(2), 139.
- Horvath, A. O., Del Re, A. C., Flückiger, C., & Symonds, D. (2011). *Alliance in individual psychotherapy*. *Psychotherapy*, 48(1), 9.
- Institut national de santé publique du Québec. (2014). *La mortalité par suicide au Québec : 1981 à 2014 – Mise à jour 2014*. Repéré à : https://www.aqps.info/media/documents/DonneesINSPQ_MortaliteSuicideQc_1981-2011.pdf
- Kendall-Tackett, K. A., Williams, L. M., & Finkelhor, D. (1993). *Impact of sexual abuse on children: A review and synthesis of recent empirical studies*. *Psychological Bulletin*, 113, 164-180

- Kitzinger, J. (1994). *The methodology of focus groups: the importance of interaction between research participants*. *Sociology of health & illness*, 16(1), 103-121.
- Larson, R. W., & Verma, S. (1999). *How children and adolescents spend time across the world: work, play, and developmental opportunities*. *Psychological bulletin*, 125(6), 701.
- Lecomte, C., Savard, R., Drouin, M. S., & Guillon, V. (2004). *Qui sont les psychothérapeutes efficaces? Implications pour la formation en psychologie*. *Revue québécoise de psychologie*, 25(3), 73-102.
- Li, M., D'arcy, C., & Meng, X. (2016). *Maltreatment in childhood substantially increases the risk of adult depression and anxiety in prospective cohort studies: systematic review, meta-analysis, and proportional attributable fractions*. *Psychological medicine*, 46(4), 717-730.
- Lussier, M. L. (2017). *Facteurs associés à la dissociation présentée par des adolescentes agressées sexuellement*. (Mémoire de maîtrise, Université de Sherbrooke). Répéré à : https://savoirs.usherbrooke.ca/bitstream/handle/11143/10596/Lussier_Marie_Laurence_MSc_2017.pdf?sequence=4
- MacMillan, H. L., Jamieson, E., & Walsh, C. A. (2003). *Reported contact with child protection services among those reporting child physical and sexual abuse: results from a community survey*. *Child Abuse & Neglect*, 27(12), 1397-1408.
- Martin, D. J., Garske, J. P., & 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.
- Martin, G., Bergen, H. A., Richardson, A. S., Roeger, L., & Allison, S. (2004). *Sexual abuse and suicidality: gender differences in a large community sample of adolescents*. *Child abuse & neglect*, 28(5), 491-503

- Meyer, H. H. (1980). *Self-appraisal of job performance*. *Personnel Psychology*, 33(2), 291-295.
- Miller, S. D., Duncan, B., & Hubble, M. (2008). *Supershrinks: What is the secret of their success?*. *Psychotherapy in Australia*, 14(4), 14.
- Ministère de la Sécurité publique. (2016). *Infractions sexuelles au Québec: Faits saillants 2014*.
Récupéré du site du ministère:
http://www.securitepublique.gouv.qc.ca/fileadmin/Documents/police/statistiques/agressions_sexuelles/2014/infractions_sexuelles_2014.pdf
- National Institute of Mental Health (2011). *The teen brain: Still under construction*. NIH Publication No. 11-4929. Bethesda, MD: Author.
- Nooner, K B., Linares, L. O., Batinjane, J., Kramer, RA., Silva, R, et Cloitre, M. (2012). *Factors related to posttraumatic stress disorder in adolescence*. *Trauma, Violence, et Abuse*, 13(3), 153-166.
- Okiishi, J. C., Lambert, M. J., Eggett, D., Nielsen, L., Dayton, D. D., & Vermeersch, D. A. (2006). *An analysis of therapist treatment effects: Toward providing feedback to individual therapists on their clients' psychotherapy outcome*. *Journal of clinical psychology*, 62(9), 1157-1172.
- Olds, S. W. et Papalia, D. E. (2005). *Psychologie du développement humain* (éd. 6e). Saint-Laurent : Groupe Beauchemin
- Paillé, P., & Mucchielli, A. (2016). *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales-4e éd.* Armand Colin.
- Paquette, G., Tourigny, M., Joly, J., & Daigneault, I. (2012). *Exploration de l'évolution des adolescentes victimes d'agression sexuelle participant à des interventions de groupe selon leurs caractéristiques sociofamiliales, leur fonctionnement adaptatif, l'agression*

subie, son dévoilement et la durée de l'intervention. Sociétés et jeunesses en difficulté. Revue pluridisciplinaire de recherche, (12).

Paquette, G., Tourigny, M., Baril, K., Joly, J., & Séguin, M. (2017). *Mauvais traitements subis dans l'enfance et problèmes de santé mentale à l'âge adulte: une étude nationale conduite auprès des Québécoises. Santé mentale au Québec, 42(1), 43-63.*

Putnam, F. W. (2003). *Ten-year research update review: Child sexual abuse. Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 42(3), 269-278.*

Safran, J. D., Crocker, P., McMain, S., & Murray, P. (1990). *Therapeutic alliance rupture as a therapy event for empirical investigation. Psychotherapy, 27(2), 154-165*

Safran, J. D., & Muran, J. C. (2000). *Resolving therapeutic alliance ruptures: Diversity and integration. Journal of clinical psychology, 56(2), 233-243.*

Safran, J. D., Muran, J. C., & Eubanks-Carter, C. (2011). *Repairing alliance ruptures. Psychotherapy, 48(1), 80.*

Senn, T. E., & Carey, M. P. (2010). *Child maltreatment and women's adult sexual risk behavior: Childhood sexual abuse as a unique risk factor. Child maltreatment, 15(4), 324-335.*

Schoedl, A. F., Costa, M. C. P., Mari, J. J., Mello, M. F., Tyrka, A. R., Carpenter, L. L., & Price, L. H. (2010). *The clinical correlates of reported childhood sexual abuse: an association between age at trauma onset and severity of depression and PTSD in adults. Journal of child sexual abuse, 19(2), 156-170.*

Schwartz, B., & Flowers, J. V. (2010). *How to fail as a therapist: 50+ ways to lose or damage your patients. Impact Publishers.*

- Shirk, S. R., & Karver, M. (2003). *Prediction of treatment outcome from relationship variables in child and adolescent therapy: A meta-analytic review*. Journal of consulting and clinical psychology, 71(3), 452.
- Shirk, S. R., Karver, M. S., & Brown, R. (2011). *The alliance in child and adolescent psychotherapy*. Psychotherapy, 48(1), 17.
- Spaccarelli, S. (1994). *Stress, appraisal, and coping in child sexual abuse: A theoretical and empirical review*. Psychological bulletin, 116(2), 340.
- Steinberg, L. (2008). *A social neuroscience perspective on adolescent risk-taking*. Developmental review, 28(1), 78-106.
- Stoltenborgh, M., van Ijzendoorn, M. H., Euser, E. M. et Bakermans-Kranenburg, M. J. (2011). *A global perspective on child sexual abuse: meta-analysis of prevalence around the world*. Child Maltreatment, 16(2), 79-101.
- Ullman, S. E., Najdowski, C. J., & Filipas, H. H. (2009). *Child sexual abuse, post-traumatic stress disorder, and substance use: Predictors of revictimization in adult sexual assault survivors*. Journal of child sexual abuse, 18(4), 367-385.
- Trickett, P. K., Noll, J. G., & Putnam, F. W. (2011). *The impact of sexual abuse on female development: Lessons from a multigenerational, longitudinal research study*. Development and psychopathology, 23(2), 453-476.
- Tourigny, M., Hébert, M., Joly, J., Cyr, M., & Baril, K. (2008). *Prevalence and co-occurrence of violence against children in the Quebec population*. Australian and New Zealand journal of public health, 32(4), 331-335.

- Tourigny, M. et Baril, K. (2011). *Les agressions sexuelles durant l'enfance: ampleur et facteurs de risque*. Dans M. Hébert, M. Cyr et M. Tourigny (dir.), *L'agression sexuelle envers les enfants* (Tome 1, p. 7-50). Québec, Canada : Les Presses de l'Université du Québec.
- Waldrop, A. E., Hanson, R. F., Resnick, H. S., Kilpatrick, D. G., Naugle, A. E., & Saunders, B. E. (2007). *Risk factors for suicidal behavior among a national sample of adolescents: Implications for prevention*. *Journal of traumatic Stress*, 20(5), 869-879.
- Walfish, S., McAlister, B., O'donnell, P., & Lambert, M. J. (2012). *An investigation of self-assessment bias in mental health providers*. *Psychological Reports*, 110(2), 639-644.
- Wampold, B. E. (2001). *The great psychotherapy debate : Models, methods and findings*. Mahwah, NJ : Erlbaum.
- Wolfe, V.V. (2007). *Child sexual abuse*. Dans E.J. Mash, & R.A. Barkley. *Assessment of childhood disorders* 4e éd., p.685-748. New-York, NY: Guilford.
- Wonderlich, S. A., Crosby, R. D., Mitchell, J. E., Roberts, J. A., Haseltine, B., DeMUTH, G. A. I. L., & Thompson, K. M. (2000). *Relationship of childhood sexual abuse and eating disturbance in children*. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 39(10), 1277-1283.

ANNEXE 1

Canevas de questions

Canevas de questions FOCUS GROUP

Questions lors du premier Focus Group :



A) Alliance thérapeutique

- 1) Quels sont les points de la présentation qui vous ont fait réfléchir ?
- 2) Comment évaluez-vous le temps (préparation/réflexion) que vous attribuez à l'alliance thérapeutique ?
- 3) Que considérez-vous comme étant une bonne alliance thérapeutique avec un client ?
- 4) Accordez -vous la même importance à l'alliance lorsque vous êtes avec un enfant, un adolescent ou un parent ?
- 5) Quels défis entrevoyez-vous lorsqu'on parle d'alliance thérapeutique avec les enfants ou les adolescents ?
- 6) Quels sont vos moyens concrets pour créer et maintenir l'alliance thérapeutique ?

B) Rupture d'alliance thérapeutique

- 1) Quels sont les signes qui vous permettent d'identifier les ruptures d'alliance ?
- 2) Avez-vous déjà rencontré des situations où c'était évident pour vous qu'il y a eu rupture de l'alliance ? Si oui, quelles ont été les interventions mises en place afin de rétablir l'alliance ?
- 3) Avec le recul, dans votre expérience, est-ce qu'il y a des fins (non prévus) de processus thérapeutique qui auraient pu s'expliquer par des ruptures d'alliance non identifiées ?
- 4) Vous sentez-vous à l'aise d'aborder les ruptures d'alliance ?

C) Adolescents victimes d'agressions sexuelles

- 1) Pour vous, quels sont les défis auprès d'une clientèle adolescente dans la création et le maintien de l'alliance thérapeutique ?
- 2) Quels sont vos moyens utilisés afin de favoriser la création de l'alliance avec les adolescents ?
- 3) Quels sont vos moyens utilisés afin de créer, MAINTENIR ou rétablir l'alliance thérapeutique avec les adolescents ?
- 4) Quels sont les éléments à éviter auprès d'une clientèle adolescente victime d'AS ?

D) Outil permettant d'évaluer la qualité de l'alliance

- 1) Avez-vous déjà utilisés un instrument de mesure permettant de mesurer et de revenir sur la qualité de l'alliance thérapeutique pendant les rencontres ?
- 2) Si oui, est-ce que cela fut aidant ? Si non, qu'est-ce qui ne fonctionnait pas ?
- 3) Comment entrevoyez-vous l'idée d'utiliser un outil afin de mesurer l'alliance thérapeutique ?
- 4) Quels pourraient être les avantages d'utiliser un outil permettant de mesurer l'alliance en rencontre ?
- 5) Voyez-vous des enjeux ou des défis face à l'utilisation de l'outil ?
- 6) Comment avez-vous trouvé la discussion ?

E) Fin de rencontre

- 1- À tour de rôle, qu'avez-vous pensé de l'outil et comment évaluez-vous la discussion de groupe ?

Questions lors du Deuxième focus group

A) Cliniciennes n'ayant pas utilisé l'outil

- 1) Quels ont été les défis rencontrés quant à l'utilisation de l'outil ?
- 2) Avez-vous remarqué des changements dans votre pratique à la suite du premier focus group (alliance thérapeutique, rupture d'alliance thérapeutique, clientèle adolescente) ?

B) Cliniciennes ayant utilisé l'outil

- 1) Quelle est votre appréciation relative à l'utilisation du Session Rating Scale ?
- 2) Avez-vous constaté des changements dans la relation avec vos clients ?
- 3) Avez-vous rencontré des défis quant à l'utilisation de l'outil ?

C) Appréciation générale

- 1) Croyez-vous qu'un outil comme le Session Rating Scale pourrait être utilisé quotidiennement ici au Centre d'expertise Marie-Vincent ?
- 2) Croyez-vous que l'utilisation d'un outil permettant d'évaluer la qualité de l'alliance thérapeutique ou des discussions de groupe à ce sujet devrait être intégrés dans d'autres milieux ?
- 3) À votre avis, est-ce qu'un dernier élément serait pertinent à aborder ?

ANNEXE 2

Le session Rating Scale

ÉCHELLE D'ÉVALUATION DE LA SÉANCE (SRS V.3.0)

Nom _____

Date _____

Séance # _____

S'il vous plaît, évaluez la séance d'aujourd'hui en plaçant, pour chacun des 4 aspects suivants, un trait sur la ligne le plus près de la description correspondant le mieux à ce que fut votre expérience de l'entrevue.

Relation:

Je ne me suis pas
senti(e), écouté(e),
entendu(e), et
respecté(e).

|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|

Je me suis senti(e)
écouté(e), entendu(e),
et respecté(e).

Objectifs de travail et Sujets de discussions:

Nous n'avons pas
travaillé sur ce sur
quoi je voulais travailler
ou parlé de ce dont je
voulais parler.

|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|

Nous avons travaillé
sur ce sur quoi je
voulais travailler et
parlé de ce dont je
voulais parler.

Approche / Méthode:

L'approche du
thérapeute ne me
convient pas.

|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|

L'approche du
thérapeute me
convient.

Séance dans sa globalité:

Il manquait quelque
chose dans la séance
d'aujourd'hui.

|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|

Globalement, la
séance d'aujourd'hui
m'a convenu.

ANNEXE 3

Formulaire de consentement et informations générales des cliniciennes des Focus
groups 1 et 2

INFORMATIONS GÉNÉRALES

Tous les renseignements resteront confidentiels et ne serviront qu'à dresser un portrait général des participants du Focus Group 1

Acceptez-vous d'être filmé dans le cadre du Focus group 1 ? Oui



Non

I. RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

1. Sexe : Féminin Masculin

2. Âge : _____

3. Titre professionnel : Sexologue Psychologue
Travailleuse sociale Autre
Préciser : _____

II. EXPÉRIENCE PROFESIONNELLE

4. Années/mois d'expérience à Marie-Vincent : _____

5. Nombre d'adolescents rencontrés à Marie-Vincent : _____

6. Avez-vous déjà travaillé auprès des adolescents dans un autre travail qu'à Marie-Vincent ?

Oui Non

Si oui, quel est le nombre approximatif d'adolescents rencontrés ? (en excluant ceux rencontrés à Marie-Vincent) : _____

7. Avez-vous déjà utilisés un instrument de mesure permettant de mesurer et de revenir sur la qualité de l'alliance thérapeutique pendant les rencontres ?

Oui Non

INFORMATIONS GÉNÉRALES (2)

Tous les renseignements resteront confidentiels et ne serviront qu'à dresser un portrait général des participants du Focus Group 2

Acceptez-vous d'être filmé dans le cadre du Focus group 2 ? Oui

Non



I. RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

1. Sexe : Féminin Masculin

2. Âge : _____

3. Titre professionnel : Sexologue Psychologue
Travailleuse sociale Autre
Préciser : _____

II. EXPÉRIENCE PROFESIONNELLE

4. Années/mois d'expérience à Marie-Vincent : _____

5. Nombre d'adolescents rencontrés à Marie-Vincent : _____

6. Avez-vous déjà travaillé auprès des adolescents dans un autre travail qu'à Marie-Vincent ?

Oui Non

Si oui, quel est le nombre approximatif d'adolescents rencontrés ? (en excluant ceux rencontrés à Marie-Vincent) : _____

7. Avez-vous déjà utilisés un instrument de mesure permettant de mesurer et de revenir sur la qualité de l'alliance thérapeutique pendant les rencontres ?

Oui Non

