

Université de Montréal

Facteurs associés à l'alliance thérapeutique en toxicomanie :
effets modérateurs de la judiciarisation et des troubles sévères de santé mentale.

Par
Catherine Patenaude

École de criminologie
Faculté des arts et des sciences

Mémoire présenté à la Faculté des études supérieures
en vue de l'obtention du grade de maître
en criminologie.

Mars 2010

© Catherine Patenaude, 2010

Université de Montréal
Faculté des études supérieures

Ce mémoire intitulé :
Facteurs associés de l'alliance thérapeutique en toxicomanie :
effets modérateurs de la judiciarisation et des troubles sévères de santé mentale.

Présenté par :
Catherine Patenaude

a été évalué par un jury composé des personnes suivantes :

Jean-Pierre Guay
président-rapporteur

Louis-Georges Cournoyer
directeur de recherche

Serge Brochu
membre du jury

Sommaire

La toxicomanie a des répercussions importantes tant pour les individus qui en souffrent que pour la société en général (MSSS, 2007). L'efficacité des traitements offerts aux toxicomanes est toutefois affaiblie par la difficulté à maintenir et à engager en traitement cette clientèle (Meier et al., 2006). Dans ce contexte, et puisque la qualité de l'alliance thérapeutique est associée aux résultats et à la persévérance en traitement (Martin et al., 2000; Meier et al., 2005a), l'alliance qui se développe entre le client et le thérapeute en cours de thérapie peut être vue comme une piste de solution prometteuse pour améliorer l'efficacité des traitements de la toxicomanie.

La présente étude se propose d'identifier les facteurs associés à l'alliance thérapeutique développée par une clientèle toxicomane en traitement (n = 269). L'étude s'intéresse également à l'influence de doubles problématiques (toxico-justice, toxico-santé mentale) sur les relations existantes entre l'alliance et ces facteurs (effets modérateurs). Les liens entre l'alliance thérapeutique et différentes variables (santé mentale, consommation, satisfaction envers les services, motivation, soutien social, pressions légales) ont été examinés à l'aide d'analyses de régression hiérarchique.

Les résultats indiquent que le profil de consommation évalué avant l'entrée en traitement covarie avec l'alliance thérapeutique. Les troubles cognitifs et la satisfaction envers les services sont les deux principales variables évaluées lors de la thérapie de groupe qui sont associées à l'alliance. Des effets modérateurs de la présence de problématiques associées à la toxicomanie (justice, santé mentale) sur la relation entre certaines variables indépendantes et l'alliance ont finalement été observés.

Mots clés: alliance thérapeutique, toxicomanie, judiciarisation, justice, santé mentale

Summary

Drug misuse has a major negative impact on individuals and on society as a whole (MSSS, 2007). The efficiency of drug treatments is however weakened by the difficulty retaining and engaging this clientele in treatment (Meier et al., 2006). In this context, and because the quality of the therapeutic alliance is associated with treatment outcome and treatment retention (Martin et al., 2000; Meier et al., 2005a), the alliance which develops between the client and therapist in the course of therapy appeared to be a promising solution to improve the efficiency of the treatments of drug addiction.

The present study focus on the factors associated to the therapeutic alliance developed by drug addicts recruited in a drug rehabilitation programme (n = 269). The study is also interested in the influence of problems associated with addiction (justice and mental health) on the existing relations between the alliance and independents variables (moderating effects). The links between the therapeutic alliance and a range of factors (mental health, drug use, satisfaction with services, motivation, social support, legal pressures) are examined.

The findings demonstrate that pretreatment drug use covarie with the therapeutic alliance. Cognitive disorders and satisfaction with services are two main variables assess during the group therapy which are associated with the alliance. The moderating effect of problems associated with addiction (justice, mental health) on therapeutic alliance is finally supported.

Keywords: therapeutic alliance, drug misuse, addiction, justice, mental health

Remerciements

Je tiens tout d'abord à exprimer mes sincères remerciements à mon directeur, M. Louis-Georges Cournoyer, qui a cru en moi tout au long de ce processus. Je lui suis reconnaissante de m'avoir proposé un sujet qui a su susciter mon intérêt et la motivation nécessaire pour mener à bien ce mémoire.

J'aimerais également remercier l'École de criminologie pour la bourse de rédaction qui m'a été octroyée et qui fut une source de soutien très appréciée.

Merci à toute ma famille ainsi qu'à tous mes amis, votre présence fut pour moi une source de réconfort incroyable. Je souhaite également remercier certaines personnes particulièrement importantes. D'abord, merci à mon père, et à Christiane, pour leur aide précieuse et pour avoir toujours été si fiers de moi. Merci à mon conjoint, Wissem, pour sa patience au quotidien et pour son inébranlable confiance en la vie qui est si inspirante. À ma maman, envers qui je suis extrêmement reconnaissante pour tout, sa présence inconditionnelle, sa générosité, sa patience, son soutien, bref son dévouement exceptionnel. Un dernier merci tout spécial à mon petit rayon de soleil - Alex – dont la présence fut un précieux petit bonheur.

Table des matières

SOMMAIRE	III
SUMMARY	IV
REMERCIEMENTS	V
TABLE DES MATIÈRES	VI
LISTE DES TABLEAUX	VIII
LISTE DES FIGURES	X
INTRODUCTION	1
CONTEXTE THÉORIQUE	5
ALLIANCE THÉRAPEUTIQUE : PERTINENCE ET UTILITÉ DU CONCEPT	8
LA TOXICOMANIE : AMPLEUR DU PHÉNOMÈNE ET EFFICACITÉ DES TRAITEMENTS ..	11
<i>Toxicomanie et problématiques associées: les troubles de la santé mentale ou la judiciarisation</i>	13
LES FACTEURS ASSOCIÉS À L'ALLIANCE THÉRAPEUTIQUE	16
<i>Les variables diagnostiques</i>	19
<i>Le profil de consommation</i>	19
<i>La santé mentale</i>	21
<i>Les variables intrapersonnelles</i>	22
<i>Satisfaction envers les services</i>	23
<i>La motivation</i>	25
<i>Les variables interpersonnelles</i>	26
<i>Le soutien social</i>	26
<i>Les pressions légales</i>	28
OBJECTIFS DE L'ÉTUDE	30
MÉTHODOLOGIE	32
LES SERVICES OFFERTS AU CENTRE DOMRÉMY-MONTRÉAL	33
PARTICIPANTS	35
DÉROULEMENT	38
INSTRUMENTS DE MESURE.....	39
<i>Indice de gravité d'une toxicomanie</i>	40
<i>Index de symptômes psychiatriques</i>	42
<i>Questionnaire d'évaluation du soutien social</i>	43
<i>Questionnaire sur les motifs de consultation</i>	44
<i>Questionnaire de la satisfaction du consommateur (CSQ-8)</i>	45
<i>L'échelle d'évaluation du changement</i>	46
<i>Mesure de la motivation par les intervenants</i>	49
<i>Alliance thérapeutique</i>	49

STRATÉGIES D'ANALYSES	50
ANALYSE DES RÉSULTATS	55
DESCRIPTION DES VARIABLES À L'ÉTUDE : NOMBRE DE RÉPONDANTS, MOYENNES OU FRÉQUENCES, ÉCARTS TYPES	56
CORRÉLATIONS ENTRE LES VARIABLES INDÉPENDANTES ET L'ALLIANCE THÉRAPEUTIQUE.....	62
LES ANALYSES DE RÉGRESSION HIÉRARCHIQUE	67
EFFET MODÉRATEUR D'UNE PROBLÉMATIQUE DE SANTÉ MENTALE ASSOCIÉE	77
<i>Vérification de la complémentarité des effets modérateurs</i>	84
EFFET MODÉRATEUR DE L'APPARTENANCE À LA SOUS-POPULATION « JUSTICE »... 85	
<i>Vérification de la complémentarité des effets modérateurs</i>	88
INTERPRÉTATION DES RÉSULTATS	90
FACTEURS ASSOCIÉS À L'ALLIANCE THÉRAPEUTIQUE.....	91
<i>Profil de consommation</i>	92
<i>Avant l'entrée en traitement</i>	93
<i>Pendant la thérapie de groupe</i>	98
<i>L'état de santé mentale</i>	100
<i>Avant l'entrée en traitement</i>	101
<i>Pendant la thérapie de groupe</i>	102
<i>Soutien social</i>	103
<i>Les pressions légales</i>	105
<i>La satisfaction envers les services</i>	108
<i>La motivation</i>	110
EFFET MODÉRATEUR D'UNE PROBLÉMATIQUE DE SANTÉ MENTALE ASSOCIÉE	111
EFFET MODÉRATION D'UNE PROBLÉMATIQUE DE JUSTICE ASSOCIÉE	113
CONCLUSION.....	117
RÉFÉRENCES	124
ANNEXE A :	139
QUESTIONNAIRES.....	139

Liste des tableaux

TABLEAU 1. PORTRAIT DESCRIPTIF DES PARTICIPANTS À L'ÉTUDE POUR L'ENSEMBLE DE L'ÉCHANTILLON ET EN FONCTION DES SOUS-POPULATIONS (GROUPE DE COMPARAISON, GROUPE « SANTÉ MENTALE » ET GROUPE « JUSTICE »).....	37
TABLEAU 2. PLAN DE LA RECHERCHE	39
TABLEAU 3. DESCRIPTION DES VARIABLES INDÉPENDANTES POUR LES DEUX TEMPS DE MESURE ET L'ALLIANCE THÉRAPEUTIQUE ET SES QUATRE DIMENSIONS : NOMBRE DE RÉPONDANTS, MOYENNES OU FRÉQUENCES ET ÉCARTS TYPES.....	57
TABLEAU 4. CORRÉLATIONS ENTRE LES DIFFÉRENTES VARIABLES INDÉPENDANTES À L'ÉTUDE ÉVALUÉES AU TEMPS 1.....	60
TABLEAU 5. CORRÉLATIONS ENTRE LES DIFFÉRENTES VARIABLES INDÉPENDANTES À L'ÉTUDE ÉVALUÉES AU TEMPS 2.....	61
TABLEAU 6. CORRÉLATIONS ENTRE LES VARIABLES INDÉPENDANTES À L'ÉTUDE MESURÉES AU PREMIER ET AU DEUXIÈME TEMPS DE MESURE ET LES QUATRE DIMENSIONS DE L'ALLIANCE THÉRAPEUTIQUE AINSI QUE L'ALLIANCE THÉRAPEUTIQUE GLOBALE.	63
TABLEAU 7. ÉQUATIONS DE RÉGRESSION HIÉRARCHIQUE VISANT À EXPLIQUER LA VARIANCE DE L'ALLIANCE THÉRAPEUTIQUE ET DE SES QUATRE DIMENSIONS À PARTIR DES VARIABLES INDÉPENDANTES MESURÉES AU TEMPS 1.....	69
TABLEAU 8. VÉRIFICATION DE L'EFFET MÉDIATEUR DE LA QUANTITÉ DU SOUTIEN SOCIAL PERÇU SUR LA RELATION ENTRE LES COMPORTEMENTS AUTODESTRUCTEURS ET LA DIMENSION « CAPACITÉ DE TRAVAIL » DE L'ALLIANCE THÉRAPEUTIQUE.....	72
TABLEAU 9. ÉQUATIONS DE RÉGRESSION HIÉRARCHIQUE VISANT À EXPLIQUER LA VARIANCE DE L'ALLIANCE THÉRAPEUTIQUE ET SES QUATRE DIMENSIONS À PARTIR DES VARIABLES INDÉPENDANTES MESURÉES AU TEMPS 2.	74
TABLEAU 10. VÉRIFICATION DE LA CONTRIBUTION DE LA SATISFACTION ENVERS LES SERVICES ET DE LA MOTIVATION ÉVALUÉES PAR LE CLIENT À L'EXPLICATION DE LA VARIANCE DE L'ENGAGEMENT DU CLIENT LORSQUE LES TROUBLES COGNITIFS, LA CONSOMMATION DE CANNABIS ET LA DURÉE PASSÉE AVANT LE TRAITEMENT INDIVIDUEL SONT PRIS EN COMPTE.	77

TABLEAU 11. VÉRIFICATION DE L'EFFET MODÉRATEUR DE LA SOUS-POPULATION « SANTÉ MENTALE » SUR LA RELATION EXISTANTE ENTRE LA CONSOMMATION D'HALLUCINOGENES ET D'INHALANTS MESURÉE AU TEMPS 1 ET L'ALLIANCE THÉRAPEUTIQUE.....	78
TABLEAU 12. VÉRIFICATION DE L'EFFET MODÉRATEUR D'UNE DOUBLE PROBLÉMATIQUE DE TOXICOMANIE ET DE TROUBLES DE LA SANTÉ MENTALE SUR LA RELATION ENTRE LES TROUBLES COGNITIFS OU LES PROBLÈMES D'AGRESSIVITÉ ET L'ALLIANCE THÉRAPEUTIQUE.	81
TABLEAU 13. VÉRIFICATION DE L'EFFET MODÉRATEUR DE LA SOUS-POPULATION « SANTÉ MENTALE » SUR LA RELATION EXISTANTE ENTRE LA SATISFACTION ENVERS LES SERVICES MESURÉE AU TEMPS 2 ET L'ALLIANCE THÉRAPEUTIQUE.	83
TABLEAU 14. VÉRIFICATION DE LA COMPLÉMENTARITÉ DES EFFETS MODÉRATEURS DE LA SOUS-POPULATION « SANTÉ MENTALE » SUR LES RELATIONS ENTRE DES VARIABLES INDÉPENDANTES MESURÉES AU TEMPS 2 ET LES DIMENSIONS « CONSENSUS SUR LES STRATÉGIES DE TRAVAIL » ET « COMPRÉHENSION ET IMPLICATION DU THÉRAPEUTE » DE L'ALLIANCE THÉRAPEUTIQUE.....	84
TABLEAU 15. VÉRIFICATION DE L'EFFET MODÉRATEUR DE LA SOUS-POPULATION « JUSTICE » SUR LA RELATION ENTRE LA SÉVÉRITÉ DE LA CONSOMMATION D'ALCOOL, LA DÉPRESSION, LA SATISFACTION DU SOUTIEN SOCIAL AINSI QUE LA MOTIVATION ÉVALUÉE PAR LE CLIENT MESURÉES AU TEMPS 1 ET L'ALLIANCE THÉRAPEUTIQUE.....	86
TABLEAU 16. VÉRIFICATION DE L'EFFET MODÉRATEUR DE L'APPARTENANCE À LA SOUS-POPULATION « JUSTICE » SUR LA RELATION EXISTANTE ENTRE L'ALLIANCE THÉRAPEUTIQUE ET SÉVÉRITÉ DE LA CONSOMMATION D'ALCOOL AINSI QUE LA CONSOMMATION DE CANNABIS MESURÉS AU TEMPS 2.....	88
TABLEAU 17. VÉRIFICATION DE LA COMPLÉMENTARITÉ DES EFFETS MODÉRATEURS DE L'APPARTENANCE À LA SOUS-POPULATION « JUSTICE » SUR LES RELATIONS ENTRE DES VARIABLES INDÉPENDANTES MESURÉES AU TEMPS 1 ET LA CAPACITÉ DE TRAVAIL DU CLIENT.	88

Liste des figures

FIGURE 1. EFFET MÉDIATEUR DE LA CONSOMMATION SUR LA RELATION ENTRE LES
COMPORTEMENTS AUTODESTRUCTEURS ET L'ALLIANCE THÉRAPEUTIQUE. 72

FIGURE 2. EFFET MÉDIATEUR DE LA QUANTITÉ DU SOUTIEN SOCIAL PERÇU SUR LA
RELATION ENTRE LES COMPORTEMENTS AUTODESTRUCTEURS ET LA CAPACITÉ DE
TRAVAIL DU CLIENT, AINSI QUE L'EFFET MÉDIATEUR DE LA CONSOMMATION SUR
LA RELATION ENTRE LA QUANTITÉ DE SOUTIEN SOCIAL PERÇU ET CETTE MÊME
DIMENSION DE L'ALLIANCE THÉRAPEUTIQUE. 72

Introduction

La problématique de l'abus ou de la dépendance aux substances a de graves conséquences sur la santé et le bien-être physiques et psychologiques des individus qui en souffrent (Nadeau & Biron, 1998; Rehm, Baliunas, Brochu, Fischer, Gnam et al., 2006; Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, 2007). En 2002, à Montréal, la consommation de psychotropes a conduit à un nombre important d'hospitalisations dues principalement à la surconsommation d'alcool, mais également à des tentatives de suicide et des auto-intoxications, à la pharmacodépendance et aux intoxications à des tranquillisants ou des antidépresseurs. L'ampleur de ces conséquences est d'autant plus inquiétante puisque d'autres troubles physiques, psychologiques et sociaux sont souvent associés à la toxicomanie (Ministère de la Santé et des services sociaux du Québec, 2007). Les individus ayant des problèmes d'abus ou de dépendance aux substances présentent fréquemment une double problématique de toxicomanie et de troubles de la santé mentale ou de justice (Mercier & Beaucage, 1997; Nadeau & Biron, 1998; Brochu & Schneeberger, 1999; Germain, Brochu, Bergeron, Landry, & Schneeberger, 2001; Nadeau, 2001a, 2001b; Pernanen, Cousineau, Brochu, & Sun, 2002; Comité permanent sur les troubles concomitants, 2005). Cet amalgame complexe de problèmes a des impacts majeurs sur l'efficacité des traitements qui sont offerts aux toxicomanes. En effet, cette population montre un taux d'abandon en traitement très élevé et les professionnels qui travaillent auprès de cette clientèle la considère comme étant difficile à engager et à maintenir en traitement (Laflamme-Cusson & Moisan, 1993; Newman, 1997; Onken, Blaine, & Boren, 1997; Meier, Barrowclough, & Donmall, 2005a; Meier, Donmall, McElduff, Barrowclough, & Heller, 2006). Ce constat s'assombri lorsqu'il est question de la clientèle toxicomane affectée d'une double problématique de troubles de la santé mentale ou de justice. Le pronostic de ces sous-populations est plus sombre (Mercier & Beaucage, 1997; Germain et al., 2001; Brochu, Bergeron, Landry et al., 2002; Comité permanent sur les troubles concomitants, 2005; Cournoyer, Brochu, Landry, & Bergeron, 2007), tandis que leur niveau d'engagement dans le traitement est plus faible et leurs taux d'abandon plus élevés (Beudet, Brochu, Bergeron, & Landry, 1995; Bergeron,

Landry, Brochu, & Cournoyer, 1996; Comité permanent sur les troubles concomitants, 2005; Meier et al., 2005a; Cournoyer et al., 2007).

Dans ce contexte, l'alliance thérapeutique offre une perspective d'action intéressante pour améliorer l'efficacité des interventions qui ciblent la clientèle toxicomane. La qualité du lien que le client développe avec son thérapeute influence la façon dont il cheminera dans le processus thérapeutique. D'ailleurs, plusieurs approches et théories psychothérapeutiques considèrent l'alliance comme central au processus de thérapie (Bordin, 1979; Gaston, 1990; Geslo & Carter, 1994). Une bonne alliance thérapeutique facilite l'engagement du client dans la thérapie et favorise son maintien en traitement, améliorant ainsi son pronostic (Wilson & Mandelbrote, 1978; DeLeon, 1985; Simpson, Joe, Rowan-Szal, & Greener, 1995; Meier et al., 2005a). C'est pourquoi l'identification des facteurs associés à l'alliance thérapeutique aurait vraisemblablement des effets bénéfiques pour les pratiques. Il serait alors possible de cibler les individus à risque de développer une faible alliance et ainsi agir dès leur entrée en traitement afin de favoriser l'établissement d'une relation efficace avec le thérapeute.

La présente étude s'intéresse donc aux facteurs qui sont associés à l'alliance thérapeutique dans le domaine de la toxicomanie. Une attention toute particulière est également accordée aux toxicomanes affectés d'une autre problématique, soit de troubles de la santé mentale ou de justice, afin de voir si l'appartenance à l'une ou l'autre de ces deux sous-populations influence les relations entre l'alliance thérapeutique et les variables indépendantes à l'étude. Dans un premier temps, le contexte théorique dans lequel s'insère cette étude sera mis de l'avant, suivi d'une description détaillée de la méthodologie de recherche (les services de traitement offerts aux participants, le profil des participants, le déroulement de la recherche, les instruments de mesure utilisés, la stratégie d'analyse adoptée). Les résultats des analyses statistiques seront ensuite présentés. Cette section débutera par une présentation des analyses descriptives dans le but de bien situer l'échantillon par rapport aux variables à l'étude. Les associations identifiées à l'aide des analyses

corrélationnelles et des régressions hiérarchiques seront par la suite exposées. Les effets de modération de l'appartenance aux sous-populations « santé mentale » et « justice » sur ces associations seront aussi évalués. L'ensemble des résultats seront enfin discutés. Pour conclure, les limites de cette étude seront spécifiées, tout en proposant certaines recommandations pour la pratique et de nouvelles perspectives pour les recherches futures.

Contexte théorique

Pour comprendre l'importance d'une étude sur les facteurs associés à l'alliance thérapeutique, il faut d'abord être en mesure de bien définir ce concept et d'interroger sa pertinence en termes d'efficacité au plan thérapeutique. Ce sont donc ces deux premiers volets qui seront présentés dans la prochaine section. L'utilité du concept auprès de la clientèle toxicomane et plus particulièrement, auprès des clients toxicomanes affectés d'une double problématique de santé mentale ou de justice sera également abordée. L'état des connaissances en ce qui à trait aux variables associées à l'alliance thérapeutique pourra ensuite être exposé dans le but de préciser les objectifs de l'étude.

Alliance thérapeutique : historique et définitions

Globalement, l'alliance thérapeutique se définit comme le lien affectif et de collaboration qui se développe entre le thérapeute et le client (Martin, Garske, & Davis, 2000). Quoiqu'un certain consensus subsiste lorsqu'il est question de définir l'alliance de façon globale, il en est autrement des formulations théoriques plus détaillées (Horvath, 1994). Différents auteurs issus d'approches psychothérapeutiques variées ont ainsi nommé et défini l'alliance thérapeutique de façon plus ou moins distincte.

C'est au sein des traditions psychodynamiques que l'intérêt accordé à la relation thérapeutique est né. Freud (1912/1966) évoquait déjà l'importance de l'attachement éprouvé par le client envers le thérapeute pour le succès thérapeutique. Selon lui, les sentiments affectifs que le client ressent pour son thérapeute proviennent des aspects positifs de sa relation avec les figures parentales qui sont transférés dans la relation thérapeutique (Gaston, 1990; Horvath & Luborsky, 1993). Dès lors, d'autres auteurs qui s'inspirent principalement des théories psychodynamiques et centrées sur le client ont poussé la réflexion en introduisant des vocables tels que « alliance de travail » (Greenson, 1965), « alliance thérapeutique » (Zetzel, 1956), « alliance d'ego » (Sterba, 1934) et en définissant

l'alliance selon une ou plusieurs dimensions (Gaston, 1990; Horvath & Luborsky, 1993; Horvath, 2001). Ces définitions introduisent deux aspects importants qui composent l'alliance thérapeutique soit l'affection que le client développe envers le thérapeute et l'effort de travail que le client déploie dans la thérapie (Gaston & Marmar, 1994). Bordin (1979) proposera par la suite une définition éclectique de l'alliance qui incorpore à la fois la dimension négociation et lien affectif de la relation client-thérapeute. Selon lui, c'est le partenariat entre le client et le thérapeute pour en arriver à un consensus en ce qui concerne les buts et tâches de la thérapie qui est considéré comme une étape importante dans la construction de l'alliance.

Gaston (1990) s'inspire de cette prolifération de définitions pour offrir une conception multidimensionnelle de l'alliance où chacune des dimensions reflète un aspect de l'alliance évoqué par les auteurs cités précédemment. De plus, en réponse aux auteurs qui considèrent que le thérapeute est un acteur influant dans la formation de l'alliance (comme Freud et Rogers), Gaston intègre à sa définition une dimension relative à l'apport du thérapeute dans la thérapie (Gaston & Marmar, 1994). C'est donc quatre dimensions relativement indépendantes qui définiraient l'alliance thérapeutique : 1) la capacité du client à travailler de façon efficace en thérapie, 2) le lien affectif qui se développe entre le thérapeute et le client, 3) la compréhension empathique et l'implication du thérapeute dans la thérapie et 4) le consensus qui s'établit entre le client et le thérapeute concernant les buts et tâches du traitement (Gaston, 1990).

Pour la présente étude, ce sera la définition proposée par Gaston (1990) qui sera mise de l'avant étant donné la nature intégrative de sa définition. De cette conceptualisation de l'alliance thérapeutique est né un instrument de mesure nommé le CALPAS qui reflète les quatre dimensions présentées et qui sera utilisé pour la recherche. D'ailleurs, il semble que malgré l'absence de consensus en regard des dimensions qui forment le concept d'alliance thérapeutique, les différentes définitions proposées s'articulent autour de trois thèmes : la collaboration, le lien affectif entre le client et le thérapeute, ainsi que l'habileté de ces deux acteurs à

établir un consensus à propos des buts et tâches de la thérapie (Martin, Garske, & Davis, 2000). Également, malgré que les instruments de mesure développés pour évaluer la qualité de l'alliance soient différents en regard des sous-échelles qui le composent (Horvath & Luborsky, 1993; Horvath, 2001), ils semblent mesurer des construits reliés. De plus, les méta-analyses effectuées par Horvath et Symonds (1991) et Martin, Garske et Davis (2000) ont permis de conclure en la fiabilité de chacune de ces échelles (indice global de fiabilité de 0.86 et 0.79 respectivement). Ces résultats indiquent que malgré des divergences conceptuelles, les différentes définitions évoquées s'articulent autour d'un construit commun et que l'utilisation d'un ou l'autre de ces instruments de mesure est justifiée (Horvath & Luborsky, 1993).

Alliance thérapeutique : pertinence et utilité du concept

Des psychothérapies inspirées d'approches différentes conduisent à des gains thérapeutiques similaires (Stiles, Shapiro, & Elliot, 1986). C'est suite à cette conclusion qu'est née l'idée d'une variable commune à toutes formes de thérapies responsable des résultats qui découlent d'un traitement (Horvath & Greenberg, 1994). L'alliance thérapeutique s'est alors vue accorder un rôle central au sein du processus de changement par des auteurs issus d'une variété d'approches et ce, malgré les différents mécanismes de changement qui y sont proposés (Bordin, 1979; Gaston, 1990; Geslo & Carter, 1994).

Les études empiriques soutiennent d'ailleurs la pertinence de s'intéresser à l'alliance thérapeutique. Ainsi, deux méta-analyses importantes effectuées dans le domaine de la psychothérapie 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, Garske, & Davis, 2000). Cette association semble indépendante du type d'approche, des sources d'information utilisées (patient, thérapeute, observateur

externe), des populations à l'étude, de la façon dont les variables sont opérationnalisées et de la durée de la thérapie. L'alliance semble également se distinguer des gains thérapeutiques précoces et prédit les résultats même lorsque ces derniers sont pris en compte (Horvath & Luborsky, 1993). L'alliance thérapeutique ne serait donc pas un épiphénomène comme certains auteurs l'affirment, mais un facteur important et significatif du processus de changement (Horvath & Greenberg, 1994).

Les études effectuées dans le domaine de la toxicomanie semblent également aller en ce sens. D'après la revue critique de la littérature (18 études) effectuée par Meier, Barrowclough et Donmall (2005a), l'alliance thérapeutique serait un prédicteur constant de la rétention et de l'engagement du client dans le traitement. En ce qui concerne la rétention, la force de cette relation est généralement modérée et s'avère équivalente à celle obtenue dans le domaine de la psychothérapie. Seules deux des études recensées n'ont pu identifier de lien entre l'alliance thérapeutique et le maintien en traitement, la faiblesse méthodologique de ces dernières études peuvent toutefois expliquer les résultats obtenus (taille échantillonnale de 20 et 42).

Le lien entre l'alliance thérapeutique et les résultats observés pendant et suite au traitement est quant à lui plus ou moins clair. La grande variabilité en ce qui à trait aux échantillons (consommateurs de drogues, d'alcool, de cocaïne ou d'opiacés), aux types de traitements (interne vs externe, traitement de maintien à la méthadone vs thérapie ciblant la consommation de drogues ou d'alcool, thérapie cognitive vs thérapie dynamique) et à la méthodologie employée (mesures de l'alliance thérapeutique variées, différents temps de mesure) par les études qui se sont intéressées à la question pourrait expliquer cette inconsistance dans les résultats obtenus. Quoiqu'il en soit, la revue critique de la littérature de Meier, Barrowclough et Donmall (2005a) permet de tirer trois conclusions lorsqu'il est question de l'impact de l'alliance sur la consommation des clients.

D'abord, l'alliance thérapeutique mesurée en début de traitement serait un facteur influant de la progression du client en cours de thérapie. Ainsi, la qualité de l'alliance influencerait l'amélioration du client pendant le traitement en termes de diminution de la consommation ou d'abstinence. Toutefois, l'alliance thérapeutique précoce ne prédirait pas de façon constante les résultats post-traitements. Également, il semble que l'alliance thérapeutique soit plus fortement associée à la consommation de psychotropes pendant et suite au traitement lorsque les mesures de ces deux variables s'effectuent de façon rapprochée dans le temps. Finalement, une seule étude permet de conclure en la capacité prédictive de l'alliance en ce qui concerne la consommation de drogues plus à long terme (Hser, Grella, Hsieh, Anglin, & Brown, 1999). Selon ces auteurs, les clients d'un traitement résidentiel (long terme) qui développent une relation positive avec le thérapeute pendant le traitement ont 7,28 fois plus de chance d'être abstinentes de la cocaïne (rapport de cote = 7,28, $p < 0,05$) et 29,74 fois plus de chance d'être abstinentes à toutes les drogues (rapport de cote = 29,74, $p < 0,01$) lors d'un suivi 12 mois après le traitement. Deux autres études indiquent que l'alliance thérapeutique serait également en mesure de prédire d'autres indicateurs tels que la dépression (Barber, Luborsky, Crits-Christoph, Thase, Weiss et al., 1999) ainsi que les activités illégales et les arrestations (Joe, Simpson, Dansereau, & Rowan-Szal, 2001). Ces derniers résultats tendent à confirmer la présence d'un lien entre l'alliance thérapeutique et les résultats issus d'un traitement, comme c'est le cas dans le domaine de la psychothérapie. Il est toutefois nécessaire de rester prudent en regard aux conclusions qui peuvent être tirées étant donné que peu d'études n'aient pu répliquer ce genre de résultats.

Somme toute, il semble que l'alliance thérapeutique joue un rôle central au sein du processus de changement en favorisant la persévérance et l'engagement en traitement des clients souffrant d'une problématique d'abus ou de dépendance aux substances (Meier, Barrowclough, & Donmall, 2005a). Ces résultats sont encourageants du fait que l'efficacité d'un traitement serait fonction de la persévérance en traitement (Wilson & Mandelbrote, 1978; DeLeon, 1985; Simpson,

Joe, Rowan-Szal, & Greener, 1995). Ainsi, que se soit par son influence directe ou indirecte sur les résultats de la thérapie, l'alliance thérapeutique est un élément important à prendre en compte pour assurer l'efficacité des traitements offerts aux toxicomanes.

La toxicomanie : ampleur du phénomène et efficacité des traitements

Au Québec, 4 % de la population âgée de 15 ans et plus présente un diagnostic d'abus ou de dépendance à l'alcool et 0,8 % sont dépendants aux drogues illicites (Statistique Canada, 2002). C'est donc dire qu'un peu moins de 5 % de québécois sont affectés par plusieurs problèmes récurrents et une souffrance significative qui découlent de leur consommation d'alcool et/ou de drogues (Tremblay, Allaire, Dufresne, Lecavalier, & Neveu, 2004).

La toxicomanie est une problématique complexe qui affecte lourdement les individus qui en souffrent. Cette consommation a des répercussions importantes tant sur le plan de la santé physique et mentale, que sur les relations interpersonnelles, la situation financière et l'emploi d'un individu (Nadeau & Biron, 1998). En 2002, 1,9 % de tous les décès enregistrés au Québec étaient attribuables à la consommation d'alcool et 0,8 % à la consommation de drogues (Rehm, Baliunas, Brochu, Fischer, Gnam et al., 2006). À Montréal, pour la même année, le Ministère de la Santé et des Services sociaux (2007) a compté trois milles hospitalisations relatives à la consommation de psychotropes, dont près du trois quart à la surconsommation d'alcool.

Par ailleurs, les effets délétères de l'abus ou de la dépendance aux substances se répercutent sur l'entourage des toxicomanes et sur l'ensemble de la société. Ainsi, il semble que 39,6 % des québécois témoignent être affectés par la consommation excessive d'un de leurs proches (Single, 1999). À plus grande échelle, la toxicomanie est impliquée dans de nombreux problèmes sociaux tels que la

criminalité, la violence, les accidents de la route, les suicides, les conduites sexuelles à risque, la perte de productivité, l'absentéisme, la morbidité et la mortalité (Nadeau & Biron, 1998). En 2002, les coûts associés à l'abus de substances sont d'ailleurs évalués à 14,6 milliards pour l'alcool et 5,4 milliards pour les drogues illicites. Ces coûts énormes concernent, dans l'ordre, la perte de productivité, les soins de santé et l'application de la loi (Rehm et al., 2006).

Selon un rapport émis par le Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (2007), la problématique de la toxicomanie tend à s'aggraver tant en termes de profil des consommateurs qu'en termes de conséquences sur la santé et le bien-être de ces individus. Ainsi, l'abus ou la dépendance aux substances s'accompagne d'un assortiment de troubles physiques, mentaux et sociaux de plus en plus complexes et une accentuation du phénomène de la polyconsommation est notée. Également, depuis 1992, une augmentation des coûts, ainsi que du nombre de décès et de maladies consécutifs à l'abus de substances est observée (Rehm et al., 2006).

Les conséquences associées à l'abus ou la dépendance aux substances introduisent la question de l'efficacité des traitements de la toxicomanie. Au Québec, les études tendent à montrer l'efficacité des traitements offerts dans les centres de réadaptation pour alcoolisme et autres toxicomanies (Landry, 2001; Landry, Brochu, & Nadeau, 2001). Il semble également que la persévérance en traitement soit une variable importante qui favorise l'efficacité des traitements s'adressant à cette clientèle (Simpson, Joe, Rowan-Szal, & Greener, 1995). Ces résultats sont encourageants, indiquant que les clients toxicomanes peuvent bénéficier des traitements qui leur sont proposés, surtout s'ils persistent suffisamment longtemps tout au long du traitement.

Ce qui est plus préoccupant lorsqu'il est question de la clientèle toxicomane est que cette dernière est difficile à maintenir et à engager en traitement (Laflamme-Cusson & Moisan, 1993; Newman, 1997; Onken, Blaine, & Boren, 1997; Meier et al., 2006). La nature même de la problématique est évoquée comme une source

possible d'explication. Les clients qui souffrent d'un trouble d'abus ou de dépendance aux substances ne désirent pas nécessairement cesser de consommer, mais plutôt agir sur les problèmes sociaux, financiers, criminels et médicaux qui accompagnent cette consommation (Onken, Blaine, & Boren, 1997). Pour les toxicomanes, les gratifications obtenues par l'entremise de l'entourage se voient souvent inclinées devant les effets immédiats de la consommation de psychotropes. Dans ce contexte, le support et le renforcement positif que le thérapeute procure à son client risque d'avoir moins d'impact. Dès lors, le rôle qu'il pourra jouer en tant qu'agent de changement reste plus limité (Newman, 1997). Cette clientèle semble également ambivalente (Newman, 1997; Meier et al., 2005a) et, selon le modèle des stades de changement proposé par Prochaska et DiClemente (1982), plus ou moins prête à modifier ses comportements lors de l'entrée en traitement. En effet, selon l'étude de Prochaska, DiClemente et Norcross (1993), plusieurs clients toxicomanes se situent à des stades de changement qui précèdent ceux d'action (modification du comportement, des expériences et de l'environnement) et du maintien (consolider le changement et maintenir les nouveaux comportements acquis) lorsqu'ils entament un traitement. D'ailleurs, la clientèle toxicomane présente des taux d'abandon en traitement élevés. Au Québec, seul 50 % des clients poursuivent leur traitement plus de quatre semaines et 15 % plus de six mois, tandis que 25 % abandonnent avant l'entrevue d'évaluation (Laflamme-Cusson & Moisan, 1993). Plus récemment, au Royaume-Uni, Meier et al. (2006) ont observé un taux d'abandon prématuré de 46,5 % (dont le tiers après deux semaines et la grande majorité après deux mois) chez une clientèle toxicomane traitée dans trois services de traitement résidentiel entre les années 2002 et 2003.

Toxicomanie et problématiques associées: les troubles de la santé mentale ou la judiciarisation

Ce constat s'assombri lorsqu'il est question d'une clientèle qui présente une double problématique d'abus ou de dépendance aux substances et de troubles de la

santé mentale ou de justice. D'abord, l'association entre la consommation de substances et la criminalité apparaît clairement dans la littérature, quoique la nature causale de cette relation soit moins bien définie (Brochu & Schneeberger, 1999). Au Canada, entre 6 et 7 personnes sur 10 auraient été l'auteur de crime violent sous les effets d'une intoxication à des substances psychoactives. Également, de 38 % à 44 % des contrevenants qui sont en détention dans un établissement fédéral et de 48 % à 49 % des détenus provinciaux souffrent d'un diagnostic de dépendance à au moins une substance psychoactive (Pernanen, Cousineau, Brochu, & Sun, 2002). D'autre part, cette même étude indique que les détenus sous instance fédérale dépendants aux substances commettent environ quatre fois plus de crimes par semaine que les détenus qui ne consomment pas (7,1 crimes / semaine vs 1,7 crime / semaine) et environ 2 fois plus de crimes par semaine que les détenus qui consomment sans toutefois être dépendants (7,1 crimes / semaine vs 3,3 crimes / semaine). Au sein de la population toxicomane traitée dans les centres de réadaptation pour alcoolisme et autres toxicomanies au Québec, 70 % auraient déjà vécu une arrestation ou une inculpation, un peu moins de la moitié sont condamnés et de 16 % à 20,5 % sont en instance d'inculpation, de procès ou de sentence (Germain et al., 2001).

La comorbidité de toxicomanie et de troubles de la santé mentale est aussi une réalité fréquemment observée (Nadeau & Biron, 1998; Nadeau, 2001a, 2001b). Ainsi, les personnes dépendantes aux psychotropes montrent des taux plus élevés de symptômes psychiatriques et à l'inverse, des taux supérieurs de dépendance aux substances sont observés chez les personnes qui souffrent de troubles de la santé mentale (Comité permanent sur les troubles concomitants, 2005). Sur la base de données épistémologiques américaines et de données québécoises tirées de la littérature scientifique, ainsi que d'impressions cliniques recueillies auprès d'experts en entrevue, Mercier et Beaucage (1997) considèrent que la prévalence à vie de dépendance ou d'abus aux substances se situe entre 33 % à 50 % chez les individus qui présentent un diagnostic de troubles sévères de la santé mentale. Chez la clientèle toxicomane en demande d'aide dans le centre Domrémy-Montréal (un centre québécois public de réadaptation pour alcoolisme et autres toxicomanies), 20

% souffrent de troubles de la personnalité et 7 à 8 % de troubles mentaux sévères (Mercier & Beaucage, 1997).

Ces données conduisent à conclure que la comorbidité n'est pas un phénomène exceptionnel. « De fait, c'est la règle plutôt que l'exception » (Nadeau, 2001b, p.8). La comorbidité en général est gage d'un pronostic plus lourd en ce qui a trait au succès thérapeutique (Germain et al., 2001; Brochu, Bergeron, Landry, Germain, & Schneeberger, 2002; Cournoyer, Brochu, Landry, & Bergeron, 2007) et cette clientèle pose des défis majeurs aux professionnels de la santé qui œuvrent dans ce domaine (Germain et al., 2001; Meier, Donmall, Barrowclough, McElduff, & Heller, 2005b; Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, 2007). Les clients qui souffrent d'une double problématique de toxicomanie et de troubles de la santé mentale ou de justice s'engagent moins sérieusement dans le processus de changement et sont plus susceptibles d'abandonner le traitement avant de pouvoir bénéficier de ses effets positifs (Beudet, Brochu, Bergeron, & Landry, 1995; Bergeron, Landry, Brochu, & Cournoyer, 1996; Comité permanent sur les troubles concomitants, 2005; Meier et al., 2005a; Cournoyer et al., 2007).

Chez la clientèle toxicomane et judiciairisée traitée au centre Domrémy-Montréal, les taux d'abandon seraient significativement plus élevés que la clientèle non judiciairisée ($\chi^2 = 8,83$, $df = 3$, $p < 0.05$). Beudet et al. (1995) ont en effet observé un taux d'abandon de 54 % avant la première phase du traitement et un taux de rétention de 8,8 % au-delà de la deuxième phase, comparativement à des taux de 44 % et 12,5 % pour la clientèle non judiciairisée (Beudet et al., 1995). Également, les clients qui abusent ou qui sont dépendants aux substances et qui ont des problèmes avec la justice s'investissent moins, sont plus résistants et démontrent des attitudes plus négatives en cours de traitement comparés à la clientèle toxicomane sans double diagnostic et s'investissent moins en traitement que les clients qui souffrent de troubles concomitants de toxicomanie et de santé mentale (Cournoyer et al., 2007). De plus, cette clientèle est peu motivée (Brochu et al., 2002), montre un profil psychosocial plus déficitaire (Germain et al., 2001) et a plus

de problèmes (de drogue, légaux, d'emploi, psychologiques et relationnels) (Brochu & Guyon, 1994). Ce faisant, l'engagement et la persévérance en traitement sont plus difficiles, ce qui en retour nuit à l'efficacité des traitements offerts à la clientèle toxicomane judiciairisée (Anglin & Hser, 1990; Beaudet et al., 1995; Bergeron et al., 1996). Malgré tout, il est encourageant de constater qu'à persistance égale, les impacts d'un traitement sont équivalents peu importe que les clients soient judiciairisés ou non (Beaudet et al., 1995). Plus encore, la persévérance en traitement aurait des répercussions positives sur la récidive telle que mesurée par les activités illégales, les arrestations, les condamnations ou le statut légal (Wilson & Manderbrote, 1978; Landry, 2001; Meier et al., 2005a).

Les toxicomanes qui souffrent de troubles de la santé mentale sont eux aussi affectés par une souffrance, ainsi que de sévères problèmes d'adaptation qui sont récurrents (Mercier & Beaucage, 1997; Comité permanent sur les troubles concomitants, 2005; Institut de la statistique du Québec, 2008). Chez cette clientèle, les taux de succès sont plus faibles, tandis que les taux de rechutes, d'hospitalisations et de visites aux services d'urgences sociales et hospitalières sont plus élevés (Mercier & Beaucage, 1997; Comité permanent sur les troubles concomitants, 2005). Finalement, ces clients démontrent une plus faible capacité à travailler de façon productive au cours de la thérapie et sont moins satisfaits de la relation thérapeutique (Meier et al., 2005b; Cournoyer et al., 2007).

Les facteurs associés à l'alliance thérapeutique

Les lourdes conséquences de la consommation abusive d'alcool ou de drogues sur les usagers qui en souffrent nécessitent des interventions efficaces. Toutefois, les taux d'abandon élevés (Beaudet et al., 1995; Laflamme-Cusson & Moisan, 1993; Meier et al., 2006), la difficulté à engager et à maintenir en traitement cette clientèle (Bergeron et al., 1996; Mercier & Beaucage, 1997; Newman, 1997; Onken, Blaine, & Boren, 1997; Comité permanent sur les troubles concomitants,

2005; Meier et al., 2005a; Cournoyer et al., 2007), ainsi que les doubles diagnostics fréquents (Mercier & Beaucage, 1997; Nadeau & Biron, 1998; Brochu & Schneeberger, 1999; Germain et al., 2001; Nadeau, 2001a, 2001b; Pernanen, Cousineau, Brochu, & Sun, 2002; Comité permanent sur les troubles concomitants, 2005) font obstacles aux interventions offertes dans les centres de réadaptation pour alcoolisme et autres toxicomanies. D'autant plus que l'efficacité des traitements est fonction de la persévérance en traitement (Wilson & Mandelbrote, 1978; DeLeon, 1985; Simpson, Joe, Rowan-Szal, & Greener, 1995).

Devant l'importance de son rôle au sein du processus de changement et son association constante avec les résultats qui découlent du traitement (Horvath & Symonds, 1991; Martin, Garske, & Davis, 2000; Meier et al., 2005a), l'alliance thérapeutique offre une voie d'action prometteuse pour l'amélioration de l'efficacité des traitements offerts aux toxicomanes. Plus encore, l'alliance semble particulièrement importante pour la clientèle toxicomane affectée d'un autre trouble concomitant puisqu'elle favorise la rétention en traitement (Meier et al., 2005a). Il apparaît donc essentiel d'identifier les éléments qui favorisent le développement d'une alliance thérapeutique de qualité. C'est dans cette optique que la présente étude s'intéresse aux facteurs associés à l'alliance thérapeutique chez la clientèle toxicomane et plus spécifiquement, chez deux sous-populations : les toxicomanes judiciairisés ou ceux affectés de troubles de la santé mentale.

Les études qui ont porté sur les facteurs associés à l'alliance thérapeutique se concentrent surtout dans le domaine de la psychothérapie et seules quelques-unes se sont intéressées à la question auprès de la clientèle toxicomane. De plus, malgré des doubles diagnostics fréquents, aucune de ces études n'a pris en compte l'hétérogénéité qui est observée au sein de la population toxicomane. Également, quoique les définitions de l'alliance thérapeutique les plus utilisées reposent sur une conception multidimensionnelle, plusieurs études tentent d'identifier les facteurs associés à l'alliance thérapeutique globale sans égard aux différentes dimensions qui la composent. Pourtant, les quelques études qui ont respecté cette

multidimensionnalité révèlent que les variables significativement associées à l'alliance varient selon les dimensions. Dans le domaine de la toxicomanie, les résultats obtenus par Cournoyer et al. (2007) dévoilent que, selon les sous-populations étudiées, les dimensions de l'alliance thérapeutique qui permettent de prédire l'abandon diffèrent. De ce fait, il est possible de croire que les facteurs qui seront liés à la qualité de la relation thérapeutique puissent varier selon les sous-populations et selon les dimensions à l'étude.

Dans la littérature, les variables mises en lien avec l'alliance thérapeutique reposent sur de nombreux indicateurs différents qui ont été regroupés par Horvath (1994) en trois principaux types de variables : les variables diagnostiques, intrapersonnelles et interpersonnelles. Les variables diagnostiques auraient un petit impact sur la qualité de l'alliance, tandis que les variables intra et inter personnelles seraient significativement et modérément associées à l'alliance thérapeutique (corrélations de 0,30 et 0,32). Il en est de même dans le domaine de la toxicomanie où, suite à une recension des écrits critique, Meier, Barrowclough et Donmall (2005a) désignent les ressources psychologiques et psychosociales comme les meilleurs prédicteurs de l'alliance thérapeutique.

Une limite importante des études portant sur les facteurs associés à l'alliance est la qualité des analyses statistiques qui sont effectuées. Plusieurs auteurs ont examiné la relation entre l'alliance thérapeutique et différents indicateurs à l'aide d'analyses bivariées seulement, sans que l'influence des autres variables soit prise en considération. Pourtant, les indicateurs du profil diagnostique et de la dynamique intra et inter personnelle interagissent fortement entre eux, possédant ainsi une variance commune qu'il est important de départager à l'aide d'analyses multivariées. Par ailleurs, lorsque des analyses multivariées sont réalisées (principalement la régression linéaire multiple), les modèles soumis aux analyses diffèrent beaucoup d'une étude à l'autre, rendant difficile la comparaison. De plus, une sous-spécification des modèles est parfois observée, c'est-à-dire que des variables importantes actuellement reconnues comme étant fréquemment associées à l'alliance

thérapeutique sont omises. Finalement, la taille échantillonnale de plusieurs études, souvent inférieure à cent participants, pousse à s'interroger quant à la puissance statistique des analyses qui sont effectuées.

La présente étude vise donc à identifier, parmi les variables relatives au profil psychosocial des clients toxicomanes, les facteurs qui sont associés à l'alliance thérapeutique tout en tentant de pallier à ces différentes limites. Ainsi, les variables les plus fréquemment associées à l'alliance thérapeutique telles qu'identifiées dans la littérature scientifique seront mises en relation avec les quatre dimensions de l'alliance thérapeutique proposées par Gaston (1990), auprès de sous-populations plus homogènes. Ces variables sont les variables diagnostiques dont le profil de consommation et l'état de santé mentale, les variables intrapersonnelles dont la satisfaction envers les services et la motivation, ainsi que les variables interpersonnelles telles le soutien social et les pressions légales.

Les variables diagnostiques

Les indicateurs du profil diagnostique se divisent en deux types de variables, soient celles relatives au profil de consommation et celles associées à l'état de santé mentale. Généralement, ces variables ne sont pas liées de façon significative et constante à l'alliance thérapeutique. Toutefois, certaines nuances doivent être apportées et des pistes d'exploration différentes seront alors proposées afin d'investiguer l'impact de ces variables sur l'alliance thérapeutique.

Le profil de consommation

L'impact de la consommation de psychotropes sur l'alliance thérapeutique n'a fait l'objet que de quelques études dans le domaine de la toxicomanie. La plupart n'ont pu identifier de lien entre le profil de consommation (nature et sévérité de la consommation) et l'alliance thérapeutique (Luborsky, Barber, Siqueland, et al., 1996; Belding, Iguchi, Morral, & McLellan 1997; Barber, Luborsky, Crits-

Christoph, et al., 1999; De Weert-Van Oene, De Jong, Jorg, & Schrijvers, 1999; Meier et al., 2005b). L'étude de Connors, DiClemente, Dermen et al. (2000) indique la présence de relations significatives entre l'alliance thérapeutique et la consommation d'alcool (nombre de consommations par jour en pré-traitement, sévérité de la dépendance, conséquences négatives associées à cette consommation). Toutefois, ces indicateurs de consommation ne sont plus en mesure de prédire l'alliance thérapeutique lorsque d'autres variables sont prises en compte (motivation, variables interpersonnelles, dépression, etc.).

La plupart de ces études se sont intéressées à l'impact de la consommation sur des échantillons de consommateurs bien spécifiques tels les alcooliques, les cocaïnomanes et les héroïnomanes ou consommateurs d'opiacés. Pourtant, le Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (2007) note une accentuation du phénomène de la polyconsommation. De plus, en ce limitant à des groupes spécifiques de consommateurs, l'influence de la nature de la consommation sur l'alliance thérapeutique ne peut être évaluée. L'impact de la consommation sur l'alliance thérapeutique risque pourtant de varier selon le type de substances consommées. D'abord, les conséquences qui découlent de la consommation chronique diffèrent en fonction des substances (Nadeau & Biron, 1998). Certaines drogues sont plus propices à créer une dépendance physique chez les consommateurs, d'autres non (Nadeau & Biron, 1998; Véléa, 2005; Richard, 2007). Également, le choix des substances consommées est influencé par bon nombre de facteurs personnels et sociaux (Hawkins, Catalano, & Miller, 1992; Landry, Bergeron, & Brochu, 1998). Il est donc prématuré de conclure en l'absence de relation entre la consommation et l'alliance thérapeutique. La présente étude tentera de mieux comprendre l'influence de la consommation sur l'alliance thérapeutique en considérant la nature et la sévérité de la consommation auprès d'une clientèle toxicomane qui montre des profils de consommation variés.

La santé mentale

En général, autant dans le domaine de la psychothérapie qu'en toxicomanie, l'état de santé mentale des clients est associé de façon inconsistante à la qualité de la relation thérapeutique dépendamment des indicateurs utilisés, des populations à l'étude et des évaluateurs (thérapeute, client, juge externe). De plus, dans les cas où une association significative est identifiée, l'influence de ces variables diagnostiques s'avère souvent nulle face à d'autres variables intra et inter personnelles (Joyce & Piper, 1998; Klinkenberg, Calsyn, & Morse, 1998; Hersoug, Monsen, Havik, & Hoglend, 2002; Meier et al., 2005b; Garner, Godley, & Funk, 2008). Gaston, Marmar, Thompson et Gallagher (1988) iront d'ailleurs jusqu'à conclure en l'absence de justification théorique pour expliquer l'existence d'une telle relation.

D'autres auteurs sont critiques face aux études qui se sont intéressées à l'influence de l'état de santé mentale sur l'alliance thérapeutique. D'abord, Eaton, Abeles et Gutfreund (1988) ainsi qu'Horvath et Luborsky (1993) considèrent qu'il serait plus bénéfique de prendre en considération des mesures de santé mentale basées sur la subjectivité du client plutôt que des évaluations effectuées par le thérapeute. Selon cette perspective, le thérapeute aurait une conception plus théorique ou schématique de l'état de santé mentale de ces clients et baserait son évaluation sur des aspects plus associés à la personnalité. De son côté, le client noterait la présence d'un symptôme plutôt en fonction de son expérience phénoménologique. D'après les études recensées, il est difficile de se positionner par rapport à cette hypothèse. D'abord, parmi les études pour lesquelles l'état de santé mentale des participants était évalué à partir du point de vue du client, un nombre équivalent a réussi (Eaton et al., 1988; Kokotovic, & Tracey, 1990; Svensson & Hansson, 1999; Hersoug et al., 2002; Gibbons, Crits-Christoph, de la Cruz et al., 2003; Meier et al., 2005b) ou a échoué (Gaston et al., 1988; Piper, Azim, Joyce et al., 1991; Saunders, 2001; Santiago, Klein, Vivian et al., 2002; Garner, Godley, & Funk, 2008) à montrer un lien significatif entre l'état de santé mentale des clients et l'alliance thérapeutique. Également, parmi les études pour lesquelles une relation

significative est observée, l'information concernant l'auteur de l'évaluation n'est pas toujours spécifiée.

Eaton et ses collaborateurs (1988) ajoutent que ces études devraient investiguer l'impact de symptômes spécifiques de troubles de la santé mentale sur l'alliance thérapeutique plutôt que de se limiter à la symptomatologie globale. En examinant de plus près les résultats obtenus par certaines études recensées, il est possible de constater qu'effectivement, la majorité des recherches qui se sont intéressées à la relation entre des troubles spécifiques de la santé mentale et l'alliance thérapeutique ont identifié des associations significatives. Plus spécifiquement, des liens ont été observés entre l'alliance et la dépression (Marziali, 1984; Eaton et al., 1988; Joyce & Piper, 1998; Connors et al., 2000; Meier et al., 2005b), l'anxiété (Eaton et al., 1988; Meier et al., 2005b), des troubles spécifiques de la personnalité (Garner, Godley, & Funk, 2008), des symptômes spécifiques de schizophrénie (Couture, Roberts, Penn et al., 2006), l'agitation émotionnelle (Kokotovic & Tracey, 1990), etc. (voir Eaton et al., 1988 pour d'autres symptômes spécifiques mesurés par le Hopkins Symptom Checklist – SCL-90 qui sont associés à l'alliance).

Pour la présente étude, il sera donc intéressant d'examiner les liens entre des troubles de la santé mentale spécifiques évalués à partir du point de vue des clients et l'alliance thérapeutique.

Les variables intrapersonnelles

La satisfaction et la motivation sont des variables qui sont fréquemment mises en lien avec l'alliance thérapeutique. L'intérêt accordé à ces variables est d'autant plus important étant donné leur caractère dynamique. Ainsi, si ces variables s'avèreraient bel et bien associées à l'alliance thérapeutique, des efforts pourront être déployés afin d'augmenter le niveau de satisfaction et de motivation des clients, et

par le fait même, la qualité de l'alliance thérapeutique (à l'aide de différentes stratégies, comme l'entretien motivationnel par exemple) (Meier, Barrowclough, & Donmall, 2005a).

Satisfaction envers les services

L'attention portée au concept de la satisfaction s'inscrit dans un courant plus large d'évaluation des services où la perception des clients est utilisée comme un indicateur de l'efficacité des services offerts à la population (Charrette & Thiboutot, 1981). Le niveau de satisfaction des clients serait par ailleurs associé à l'abandon prématuré en traitement. L'étude de Sabourin, Gendreau et Frenette (1987) indique que les clients qui ont complété leur démarche thérapeutique se sont dits plus satisfaits lors d'une relance téléphonique un an après la fermeture de leur dossier que ceux qui ont abandonné le traitement. Dans l'étude de Tétrault, Brochu, Cournoyer et leurs collaborateurs (2006), l'insatisfaction face aux conditions de traitement est l'une des justifications a posteriori de l'abandon spontané en traitement mentionnée par 37,5 % des clients toxicomanes judiciairisés traités dans cinq centres publics de réadaptation pour alcoolisme et autres toxicomanies au Québec. Ces résultats soulignent l'importance du maintien en traitement pour une meilleure satisfaction des clients, tandis que l'insatisfaction des clients apparaît comme un motif d'abandon. Étant donné que les mesures de satisfaction sont effectuées une fois l'issue du traitement connue, il est difficile de savoir si la satisfaction envers le traitement prédit la persévérance en traitement ou si elle en découle. Quoiqu'il en soit, ces deux concepts semblent associés et il est possible que la satisfaction envers le traitement favorise la rétention dans le traitement et par conséquent, leur efficacité.

Il semble également que l'alliance thérapeutique soit un facteur qui joue un rôle important dans le niveau de satisfaction des clients. Selon une étude qualitative effectuée par Johansson et Eklund (2006), la qualité de la relation entre le client et le thérapeute serait un élément central de la satisfaction des clients envers la thérapie.

Les résultats obtenus par d'autres chercheurs vont en ce sens, indiquant la présence d'une association entre la qualité de l'alliance thérapeutique et le niveau de satisfaction des clients (Howgego, Yellowlees, Owen, Meldrum, & Dark, 2003; Boutin, 2005).

Ces résultats concernent la satisfaction des clients comme mesure d'efficacité. La satisfaction envers les services en tant que facteur influent de la qualité de l'alliance que développera le client avec son thérapeute ne semble pas avoir fait l'objet d'évaluation. Le modèle développé par Strasser, Aharony et Greenberger (1993) pourrait toutefois offrir certains éléments de compréhension. Ces auteurs tentent d'expliquer le processus de formation de la satisfaction des clients à l'aide d'un modèle qui repose sur six principes et différentes composantes (voir Strasser, Aharony, & Greenberger, 1993). Par ce modèle, les auteurs expliquent comment les clients évaluent, codent et interprètent les stimuli auxquels ils sont exposés. En fonction de la valence (positive, négative, neutre) accordée à ces stimuli, les clients développent des attitudes de satisfaction ou d'insatisfaction et réagissent par la suite en fonction de l'influence de ces stimuli sur leur état de santé physique et mentale. Les comportements qu'ils adoptent visent le maintien de la satisfaction ou à mettre fin à l'insatisfaction. Les auteurs ajoutent que la valeur accordée aux stimuli est en outre fonction des attentes qui sont créées par les expériences de vie passées. Les informations, attentes et réactions efficaces sont finalement mémorisées par les clients et forment une matrice qui sera utilisée afin d'influencer les expériences de prises en charge ultérieures.

Ce modèle conçoit donc la satisfaction telle une attitude qui dépend entre autre des attentes des clients et qui influence les comportements adoptés par ces derniers dans un contexte de prise en charge. La satisfaction des clients génère une attitude et des réactions qui seraient susceptibles d'influencer la façon dont ces clients interagissent avec le thérapeute. En ce sens, il est possible que la satisfaction envers les services offerts à la clientèle toxicomane puisse influencer la qualité de l'alliance thérapeutique développée ultérieurement avec le thérapeute.

La motivation

Prochaska et DiClemente (1982) considèrent la motivation comme un élément clé de la thérapie. Selon eux, les clients progressent à travers une séquence cyclique de stades de changement, passant par le stade de pré-comtemplation où les clients ne reconnaissent pas l'existence du problème à des stades plus avancés dans lesquels les clients entament des changements qu'ils tenteront par la suite de maintenir et d'intégrer (Prochaska, DiClemente, & Norcross, 1993). C'est donc dire que selon les stades de changement, les clients sont plus ou moins ouverts et réceptifs à entamer des démarches de réflexion pour prendre conscience du problème ou d'action afin de modifier leur comportement.

Les clients plus motivés percevraient de façon plus positive le traitement, seraient plus enclins à s'investir et à s'engager dans le processus de changement et seraient plus disposés à tolérer les tensions qui peuvent émaner de l'exploration thérapeutique (Marmar, Weiss, & Gaston, 1989; Meier et al., 2005b). D'ailleurs, les quelques études qui se sont intéressées au lien qui unit l'alliance thérapeutique et la motivation montrent des résultats prometteurs. Selon Derisley et Reynolds (2000), les clients qui débutent la thérapie au stade de contemplation sont plus aptes à construire une alliance de qualité avec le thérapeute. À ce stade, les clients prennent de plus en plus conscience de leur problème et expriment un désir d'aborder et de comprendre cette problématique. Quoique non prêts à initier un changement, les clients démontrent une ouverture qui pourrait expliquer leur plus grande facilité à former une alliance thérapeutique (Prochaska, DiClemente, & Norcross, 1993). Également, les résultats présentés par Marmar, Weiss et Gaston (1989) soulignent que la motivation des clients serait associée à leur capacité à travailler de façon productive dans la thérapie et Klinkenberg, Calsyn et Morse (1998) montrent que la reconnaissance d'un besoin de traitement par le client favoriserait le développement d'une alliance. Les mêmes résultats sont obtenus dans le domaine de la toxicomanie, indiquant une association significative entre la motivation, le fait d'être prêt à amorcer un traitement et la reconnaissance de l'existence du problème, et l'alliance

thérapeutique (Connors et al., 2000; Meier et al., 2005b; Garner, Godley, & Funk; 2008).

Les variables interpersonnelles

Le fonctionnement interpersonnel est l'un des facteurs le plus fréquemment abordé lorsqu'il est question des variables associées à l'alliance thérapeutique. Plusieurs indicateurs du fonctionnement social ont été mis en relation avec l'alliance et des associations modestes et constantes ont été identifiées (Horvath, 1994; Meier et al., 2005a). Pour la présente recherche, une attention particulière est portée au soutien social.

Chez la clientèle toxicomane judiciairisée, la pression légale exercée par les différents acteurs du système judiciaire pourrait être considérée telle une variable interpersonnelle susceptible d'influencer l'alliance thérapeutique. L'influence de ce type de pression externe sur l'alliance thérapeutique a toutefois été peu étudiée. Certains doutes ont malgré tout été prononcés à propos des effets négatifs de ces pressions sur l'établissement d'une alliance entre le thérapeute et le client (Brochu & Drapeau, 1997; Hall, 1997; Brochu & Schneeberger, 1999, 2001; Sanchez, 2006).

Le soutien social

De façon globale, le fonctionnement social s'avère un facteur associé de façon constante à l'alliance thérapeutique. Cette variable est toutefois représentée par de nombreux indicateurs différents. Ainsi, la relation d'objet, c'est-à-dire la relation du client avec le monde qui l'entoure (Piper et al., 1991; Joyce & Piper, 1998; Goldman & Anderson, 2007), le style d'attachement (Mallinckrodt, 1991; Mallinckrodt, Coble, & Gantt; 1995; Meier et al., 2005b; Goldman & Anderson, 2007), le niveau d'hostilité dans les relations interpersonnelles (Kokotovic & Tracey, 1990; Klinkenberg, Calsyn, & Morse, 1998), les compétences sociales

(Mallinckrodt, Coble, & Gantt, 1995), différents problèmes relationnels (Muran, Segal, Samstag, & Crawford, 1994; Saunders, 2001; Hersoug et al., 2002; Gibbons et al., 2003), les relations interpersonnelles courantes (Moras & Strupp, 1982; Marmar, Weiss, & Gaston, 1989; Kokotovic & Tracey, 1990; Piper et al., 1991; Hersoug et al., 2002) et le soutien social (Gaston et al., 1988; Mallinckrodt, 1991; Connors et al., 2000; Meier et al., 2005b; Garner, Godley, & Funk, 2008) sont des indicateurs du fonctionnement social qui se sont avérés significativement associés à l'alliance thérapeutique. Fait intéressant, cette relation reste significative même lorsque d'autres facteurs influents sont considérés, suggérant l'existence d'une relation directe entre ces deux types de variables.

Parmi l'ensemble de ces indicateurs, il est possible de distinguer les relations interpersonnelles passées et celles entretenues dans le présent. Dépendamment des perspectives théoriques, l'alliance thérapeutique est soit considérée comme le reflet des relations antérieures avec les figures parentales, soit comme étant ancrée dans la relation courante, sans toutefois nier l'influence des expériences relationnelles passées (Gaston, 1990; Horvath, & Luborsky, 1993). Un parallèle peut donc être tracé entre ces deux points de vue conceptuels et l'émergence d'indicateurs du fonctionnement social axés soit sur le passé ou le présent. La deuxième conception de l'alliance thérapeutique est celle à laquelle adhère la présente recherche qui s'intéressera à l'influence du soutien social sur la qualité de la relation thérapeutique.

Dans leur conception du soutien social, Sarason, Pierce et Sarason (1990) introduisent les notions de sentiment de support et de sentiment d'acceptation, tous deux considérés comme des caractéristiques stables de la personnalité. D'abord, le sentiment de support réfère à la façon dont un individu perçoit et évalue les autres et les relations sociales qui sont sources de soutien. La notion de sentiment d'acceptation quant à elle renvoie au sentiment d'être accepté par autrui, qui en retour permet de tirer avantage des opportunités sociales offertes. Ce faisant, un individu qui possède un sentiment de support positif percevra les comportements

émis par autrui comme souteneurs peu importe les intentions réelles, tandis qu'un individu qui démontre un sentiment d'acceptation positif sera en mesure d'affronter les événements de vie stressants sans vivre l'angoisse d'une rupture avec un autrui significatif. De ce point de vue, les personnes qui ont un bon soutien social possèdent de meilleures habiletés interpersonnelles, une image de soi plus positive, des attentes plus élevées en ce qui a trait aux interactions sociales et sont plus confiants (Sarason, Pierce, & Sarason, 1990; Kuentzel, 2000). Ce serait donc à partir de ces différentes capacités sociales qu'un client serait habilité à percevoir le thérapeute comme une personne source de soutien.

Ce serait également par l'entremise d'interactions sociales positives qu'un individu développe les compétences sociales qui lui permettront de former un réseau de soutien social adéquat. Ces compétences concernent par exemple les habiletés de communication de bases ou celles associées au développement d'une intimité (Mallinckrodt, 1996; Meier et al., 2005b). Par ailleurs, il semble que les personnes qui croient avoir un bon soutien social sont considérées comme socialement plus attractives et comme possédant des habiletés sociales supérieures (Sarason, Sarason, & Shearin, 1986). Ainsi, un client qui possède ce genre de compétences sociales et qui a fait l'expérience de relations sociales positives par le passé serait plus ouvert et outillé pour former une bonne alliance thérapeutique avec son thérapeute.

Les pressions légales

Lorsqu'il est question de la clientèle toxicomane et judiciairisée, des références judiciaires sont parfois utilisées afin d'inciter les délinquants toxicomanes à amorcer un traitement. Au Québec, de 14 à 19 % de la clientèle référée en traitement est sous mandat judiciaire (Germain et al., 2001) et 10 % des clients entrent en traitement suite à une recommandation d'un acteur du système judiciaire ou parajudiciaire (Laflamme-Cusson, Guyon, & Landry, 1994). L'étude de Brunelle, Brochu, Bergeron et al. (2003) va en ce sens, indiquant que pour 56 % des clients du programme toxico-justice (clients en instance d'inculpation, de procès ou de

sentence ou sous mesure légale lors de leur entrée en traitement) de cinq centres publics de réadaptation pour toxicomanes au Québec, l'admission en traitement est imposée ou suggérée par les systèmes judiciaire et/ou social (ex. DPJ). Il semble donc nécessaire de s'interroger à propos de l'impact des pressions légales sur la formation de l'alliance thérapeutique.

L'utilisation des pressions légales a soulevé plusieurs réflexions et critiques quant à son efficacité. Ces démarches coercitives auraient d'abord des répercussions négatives sur le climat de confiance qui s'installe entre le thérapeute et le client et qui est nécessaire à l'établissement d'une bonne alliance thérapeutique. Il semble difficile d'établir un climat de confiance lorsque le client est forcé à suivre le traitement, que le thérapeute doit endosser deux rôles à première vue incompatibles (relation d'aide et de contrôle) et que les informations obtenues en contexte thérapeutique risquent d'affecter les décisions qui seront prises concernant le cheminement pénal du client (Brochu & Drapeau, 1997; Hall, 1997; Brochu & Schneeberger, 1999, 2001). Également, le concept d'alliance thérapeutique implique une dimension de collaboration entre le client et le thérapeute et nécessite un consensus à propos des tâches et buts de la thérapie qui peuvent être plus difficiles à établir dans ce contexte (Sanchez, 2006). À ce jour, peu d'étude semble avoir investigué empiriquement l'impact des pressions légales sur l'alliance thérapeutique. Les résultats obtenus par Sanchez (2006) révèlent toutefois que le statut judiciaire n'influencerait pas l'alliance thérapeutique auprès d'un échantillon composé de délinquants sexuels.

Les études ont donc surtout porté sur les conséquences des pressions légales sur l'abandon en traitement. Des études auraient montré un impact positif de la contrainte légale sur la rétention en traitement, et ainsi sur la récidive et la rechute (Hall, 1997; Anglin, Prendergast, & Farabee, 1998; Brochu & Schneeberger, 2001). Parmi quelques-unes de ces études, des nuances ont été apportées, c'est-à-dire que les pressions légales seraient efficaces pour certaines populations, selon certains critères de réussite et selon certaines modalités de traitement (Salmon, 1982; Anglin,

Prendergast, & Farabee, 1998). Ces résultats indiquent que ces stratégies coercitives ne seraient pas efficaces pour tous les clients, c'est pourquoi un certain pourcentage d'individu abandonne le traitement, et ce, même sous contrainte légale (Brochu & Schneeberger, 2001). Malgré tout, certains chercheurs affirment qu'en l'absence de pression externe, les toxicomanes sont peu nombreux à faire une demande d'aide (Salmon, 1982; DeLeon, 1988). Les pressions légales offrirait donc la motivation extrinsèque nécessaire pour assurer l'entrée et le maintien en traitement et ainsi permettre aux thérapeutes de travailler avec le client afin de favoriser le développement d'une motivation intrinsèque à poursuivre le traitement. Toutefois, il est nécessaire de se questionner sur la possibilité pour les thérapeutes de travailler efficacement avec les clients qui ont entamé une démarche de traitement suite à des pressions externes exercées par le système judiciaire. De plus, quoique les pressions légales semblent avoir un effet positif sur la rétention en traitement, l'impact à long terme de ces mesures coercitives reste incertain.

Somme toute, certains doutes ont été soulevés quant aux conséquences négatives des pressions légales sur l'alliance thérapeutique. D'ailleurs, Landry, Brochu et Nadeau (2001) rappellent les dangers éthiques associés à ces pratiques coercitives et leur incompatibilité avec la mission humanitaire dont se sont dotés les établissements publics en réadaptation. L'influence des pressions légales sur la qualité de l'alliance thérapeutique sera donc évaluée dans la présente étude.

Objectifs de l'étude

Cette étude s'intéresse aux facteurs associés à l'alliance thérapeutique chez une population toxicomane et souhaite répondre à deux principaux objectifs. D'abord, identifier ces facteurs en mettant en relation certaines variables relatives au profil psychosocial de clients traités pour des problèmes d'abus ou de dépendance aux substances avec l'alliance thérapeutique qu'ils auront développée avec leur thérapeute en cours de traitement. De plus, étant donné l'hétérogénéité de la

population toxicomane, des analyses permettant d'identifier des effets de modération seront effectuées. Il sera intéressant de voir si l'appartenance à la sous-population « justice » ou « santé mentale » aura un impact sur la direction et/ou la force des relations identifiées entre l'alliance thérapeutique et ces facteurs associés. Les variables indépendantes qui seront considérées sont le profil de consommation, l'état de santé mentale, la satisfaction envers les services, la motivation, le soutien social et les pressions légales.

Pour les variables diagnostiques, en plus de la sévérité globale des troubles de la consommation et de la santé mentale, l'alliance sera mise en relation avec la nature de la consommation (différentes sortes de substances) et la présence de divers troubles spécifiques de la santé mentale. Finalement, l'identification des facteurs associés à l'alliance se fera dans une perspective multidimensionnelle, c'est-à-dire que toutes les variables indépendantes à l'étude seront mises en lien avec chacune des dimensions de l'alliance thérapeutique.

Méthodologie

La présente étude repose sur des données recueillies dans le cadre d'un projet de recherche sur la persévérance en traitement (Bergeron, Landry, Brochu, & Cournoyer, 1996). Les participants ont été pris en charge dans le cadre d'un traitement de réadaptation pour toxicomanes au Centre Domrémy-Montréal qui est devenu, par la suite, le Centre Dollard-Cormier, suite à une fusion des trois centres publics de réadaptation pour toxicomanes de Montréal. La description des services offerts au moment de la collecte des données par ce centre est d'ailleurs présentée ci-dessous. Le profil des participants à l'étude, le déroulement de la recherche, les différents instruments de mesure utilisés, ainsi que la stratégie de recherche adoptée sont également détaillés dans cette section.

Les services offerts au centre Domrémy-Montréal

Le Centre Domrémy-Montréal offre des services gratuits à une clientèle âgée de 18 ans et plus et qui souffre de problèmes d'alcoolisme et/ou de toxicomanie. L'approche biopsychosociale préconisée par ce centre se traduit en plusieurs principes et fondements tels une conception évolutive et multidimensionnelle de la toxicomanie où sont considérées toutes les sphères de vie affectées par la toxicomanie, une adéquation entre les traitements offerts et les besoins spécifiques du client, ainsi qu'une emphase sur la réadaptation en milieu naturel.

La structure du traitement se divise en trois phases : l'accueil, évaluation et orientation (introduction à la démarche de traitement, évaluation des besoins et orientation dans les services), le travail de groupe (d'une durée de 2 à 8 semaines selon que le client est suivi en interne ou en externe), puis la thérapie individuelle (durée variable selon les besoins). Certains clients ont été rencontrés en individuel (programme de transition) au même moment où ils étaient suivis en thérapie de groupe (interne ou externe). Contrairement à l'étude publiée par Cournoyer et al. (2007), ces clients ont été considérés dans la présente recherche.

Trois types distincts de sous-populations forment l'ensemble de cette clientèle dont des clients judiciairisés, ceux ayant des troubles de santé mentale et ceux qui n'ont pas de double problématique associée et qui en l'occurrence peuvent être considérés comme un groupe de comparaison. Trois programmes de traitement sont offerts au Centre Domrémy-Montréal, chacun s'adressant à l'une de ces trois sous-populations.

Les critères de référence de ces programmes sont basés sur les résultats obtenus à l'Indice de Gravité d'une Toxicomanie (IGT), un questionnaire d'évaluation psychosociale de gravité des problèmes fréquemment associés à la toxicomanie qui est utilisé par les centres de réadaptation en alcoolisme et autres toxicomanies au Québec. Les usagers qui sont référés dans le programme Toxico-Justice ont soit été arrêtés et inculpés d'au moins quatre délits punissables selon le Code criminel de trois natures différentes, sont en instance d'inculpation, attente de procès ou en attente de sentence en Cour criminelle ou sont impliqués dans le système judiciaire (libération conditionnelle, probation, maison de transition ou autres mesures légales). Le programme Toxico-Justice favorise la persévérance en traitement de ces usagers en tenant compte de leur profil de délinquance et de leur niveau d'engagement dans le traitement pour définir les cibles de l'intervention. Les usagers référés dans le programme Toxico-Santé mentale doivent avoir vécu au cours de leur vie au moins quatre types de problèmes psychologiques (dépression grave, anxiété et tension grave, hallucinations, difficultés de concentration, idées suicidaires, tentatives suicidaires, médication pour problèmes psychologiques) ainsi qu'au moins une des conditions suivantes : (i) Avoir été traité au moins une fois dans un hôpital pour des problèmes psychologiques ou émotionnels; (ii) Avoir consommé pendant plus de 10 jours un des produits suivants : sédatifs, hypnotiques, tranquillisants, antipsychotiques, antidépresseurs, lithium; (iii) Avoir vécu seul(e) durant les 3 dernières années; (iv) Avoir obtenu, selon le résultat à la sous-échelle « État psychologique » de l'IGT, un profil de gravité supérieur à 5 (difficultés sévères à extrêmes). L'intervention préconisée par le programme Toxico-Santé mentale vise la disparition des symptômes de détresse, la stabilisation de l'agir ou la régularisation de la

médication. Finalement, tous les usagers qui ne remplissent pas ces critères sont orientés dans un autre programme qui adopte une approche plus générale. La majorité des clients y est d'ailleurs référée.

Participants

L'échantillon de la recherche initiale se compose de 851 clients qui ont entrepris un traitement et qui ont accepté de participer à la recherche. Pour la présente étude qui s'intéresse aux facteurs associés à l'alliance thérapeutique, les clients doivent nécessairement avoir complété le questionnaire sur l'alliance thérapeutique. Ainsi, les clients qui ont abandonné le traitement avant la passation du questionnaire sur l'alliance ne peuvent être considérés dans cette étude. De ce fait, l'échantillon final, qui fera l'objet des analyses subséquentes, se compose de 269 participants, dont 181 hommes (67,3 %) et 88 femmes (32,7 %) âgés entre 19 et 74 ans, ayant en moyenne 37,43 ans (écart type de 9,41 ans). La principale substance consommée est l'alcool (38,3 %), suivie de la cocaïne (9,7 %) et d'autres drogues illégales. Il est à noter que la forme de consommation la plus répandue est la double toxicomanie d'alcool et de drogues (37,9 %) et que 9,7 % de ces clients sont des polytoxicomanes. Les troubles de santé psychologique les plus fréquents sont l'anxiété (73,2 %), suivie de la dépression (41,6 %), des problèmes d'agressivité (38,3 %) et des troubles cognitifs (31,6 %). Environ le tiers des participants (32,7 %) a eu de fortes pensées suicidaires dans les 30 derniers jours avant l'entrée en traitement. La majorité est célibataire (37,9 %), tandis que 31,8 % des clients sont séparés ou divorcés, 28,9 % sont mariés ou vivent en union libre et que 1,5 % sont veufs. La scolarité moyenne de ces participants est de 11,76 ans (écart type de 2,55 ans). Les clients sont en majorité soit travailleurs à temps plein (35,8 %), soit sur le bien-être social (32,5 %). Les autres se répartissent de façon relativement égale dans les différentes catégories restantes (travailleurs à temps partiel ou saisonnier, étudiants, retraités, chômeurs, au foyer, autres, etc.). Les caractéristiques sociodémographiques de l'échantillon considéré sont semblables à celles de l'échantillon global.

Ces éléments descriptifs sont présentés dans le tableau 1, la description de l'échantillon est d'ailleurs détaillée en fonction de chacune des sous-populations à l'étude. Seules les principales différences observées entre ces trois sous-groupes seront précisées ci-dessous. Ainsi, 60,4 % des participants forment le groupe de comparaison tandis que 19 % ont été référés dans le mandat « santé mentale » et 20,5 % dans le mandat « justice ». Les groupes de comparaison et « justice » comprennent plus d'hommes (67,9 % et 83,6 % respectivement) que de femmes (32,1 % et 16,4 %), tandis qu'un nombre relativement égal d'hommes (49 %) et de femmes (51 %) sont orientés dans le mandat « santé mentale ». Les troubles de la santé mentale les plus fréquents sont l'anxiété et la dépression pour le groupe de comparaison (67,9 % et 38,3 %) et la sous-population « santé mentale » (90,2 % et 60,8 %), ces taux sont d'ailleurs particulièrement très élevés pour cette dernière sous-population. L'anxiété est aussi le trouble le plus fréquent parmi la sous-population « justice » (70,9 %), tandis que les problèmes d'agressivité arrivent en deuxième, étant présents chez un peu moins de 50 % de ces clients. Les comportements autodestructeurs sont plus fréquemment observés chez le groupe de comparaison (76,5 %), suivi du groupe « justice (65,5 %) et du groupe « santé mentale » (41,2 %). La forme de consommation la plus répandue reste la double consommation d'alcool et de drogues pour les sous-populations « justice » (43,6 %) et « santé mentale » (52,9 %). Pour ce qui est du groupe de comparaison, la consommation d'alcool seule est le profil de consommation le plus fréquemment observé (43,8 %). La majorité des clients du groupe de comparaison occupe un emploi à temps plein (40,7 %), tandis que pour les sous-populations « justice » et « santé mentale », la majorité est sur le bien-être social (40,7 % et 43,1 %). Finalement, un nombre d'années de scolarité moins élevé est observé pour la clientèle toxicomane judiciairisée ($M = 10,89$, $\text{É.T.} = 2,42$) comparativement au groupe de comparaison ($M = 12,09$, $\text{É.T.} = 2,61$) ($F = 4,712$, $p < 0,05$).

Tableau 1. Portrait descriptif des participants à l'étude pour l'ensemble de l'échantillon et en fonction des sous-populations (groupe de comparaison, groupe « santé mentale » et groupe « justice »).

	Groupe de comparaison	Groupe santé mentale	Groupe justice	Échantillon total
	Fréquences ou moyennes	Fréquences ou moyennes	Fréquences ou moyennes	Fréquences ou moyennes
N (%)	162 (60,4)	52 (19,0)	55 (20,5)	269 (100)
Sexe (% d'homme)	67,9	49,0	83,6	67,3
Âge (année)	37,8	37,8	35,8	37,4
Statut civil				
Célibataire (%)	39,2	40,0	42,8	37,9
Mariée ou union libre (%)	29,8	24,0	30,9	28,9
Séparé ou divorcé (%)	29,8	34,0	34,5	31,8
Veuf (%)	1,2	2,0	1,8	1,5
Occupation				
Emploi à temps plein (%)	40,7	31,4	25,9	35,8
Bien-être social (%)	25,9	43,1	40,7	32,5
Autres ¹ (%)	33,3	25,4	33,5	31,8
Scolarité (année)	12,1	11,6	10,9	11,8
Santé mentale				
Anxiété (%)	67,9	90,2	70,9	73,2
Dépression (%)	38,3	60,8	32,7	41,6
Agressivité (%)	33,3	41,7	45,5	38,3
Troubles cognitifs (%)	27,2	35,3	40,0	31,6
Comp. autodestructeurs (%)	76,5	65,5	41,2	32,7
Substances consommées				
Alcool (%)	43,8	27,5	30,9	38,3
Cocaïne (%)	9,9	2,0	16,4	9,7
Héroïne et autres sédatifs (%)	1,9	5,9	1,8	2,6
Cannabis (%)	1,9	2,0	0,0	1,5
Hallucinogènes (%)	0,6	0,0	0,0	0,4
Alcool et drogues (%)	31,5	52,9	43,6	37,9
Polydrogues (%)	10,5	9,8	7,3	9,7

¹ Emploi à temps partiel régulier ou irrégulier, travail saisonnier, au foyer, aux études, à la retraite ou invalide, instable, en institution, au chômage, autres

Déroulement

Par l'intermédiaire d'un groupe d'accueil chargé d'introduire les clients à la philosophie et à la structure des services offerts, ces clients ont été invités à participer à la recherche. Il leur a été souligné que leur collaboration à la recherche se faisait sur une base volontaire et qu'ils avaient droit de se retirer en tout temps. Les participants ont signé un formulaire de consentement dont une copie leur fut remise. À chacun des moments de passation des questionnaires, les participants recevaient un 10 \$ compensatoire.

Trois moments de passation des questionnaires ponctuent la recherche. La première passation a eu lieu juste avant l'entrée en traitement, lors de la phase d'accueil, évaluation et orientation. Les participants ont alors complété divers questionnaires tels que l'Indice de gravité d'une toxicomanie (IGT), l'Index des symptômes psychiatriques, le questionnaire sur le soutien social perçu, le questionnaire sur les motifs de consultation et enfin, le questionnaire sur les stades de changement de Prochaska et DiClemente (URICA). Au cours de la deuxième phase de traitement, soit les rencontres de groupe, d'autres mesures ont été prises. D'abord, autour de la deuxième rencontre de la thérapie de groupe, le thérapeute a évalué la motivation du client en indiquant à quel stade de changement il se situe. Puis, environ à la cinquième rencontre, au moment où le traitement risque d'avoir eu un premier impact sur les usagers et que des changements apparents sont probables, l'IGT, l'Index des symptômes psychiatriques et l'URICA ont à nouveau été complétés par les participants en plus d'un questionnaire de satisfaction envers les services (CSQ-8). Finalement, le troisième moment de passation des questionnaires a été effectué lors de la période de psychothérapie individuelle. Environ à la première rencontre, le thérapeute a réévalué le stade auquel se situe le client face au changement. Puis, les participants ont rempli le questionnaire d'évaluation de l'alliance thérapeutique (CALPAS) autour de la troisième rencontre de thérapie individuelle. Le plan de la recherche est par ailleurs présenté à l'intérieur du tableau 2.

Tableau 2. Plan de la recherche

Temps 1 <i>Phase d'accueil, évaluation et orientation</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Indice de gravité d'une toxicomanie (IGT); - Index des symptômes psychiatriques; - Questionnaire sur le soutien social perçu; - Questionnaire sur les motifs de consultation; - URICA, questionnaire sur les stades de changement de Prochaska et DiClemente.
Temps 2 <i>Rencontres de groupe</i>	<p>A) Stade de changement du client évalué par le thérapeute (environ à la 2^{ème} rencontre).</p> <p>B) Indice de gravité d'une toxicomanie (IGT); Index des symptômes psychiatriques; Questionnaire de satisfaction des clients; URICA, questionnaire sur les stades de changement de Prochaska et DiClemente (environ à la 5^{ème} rencontre).</p>
Temps 3 <i>Thérapie individuelle</i>	<p>A) Stade de changement du client évalué par le thérapeute (environ à la 1^{ère} rencontre).</p> <p>B) CALPAS, questionnaire d'évaluation de l'alliance thérapeutique (environ à la 3^{ème} rencontre).</p>

Instruments de mesure

Au moment de la collecte des données, les participants ont complété plusieurs questionnaires. Pour cette étude, sept instruments de mesure ont été considérés (voir annexe A) : 1) Indice de gravité d'une toxicomanie (McLellan et al., 1980); 2) Index des symptômes psychiatriques (Derogatis et al., 1974); 3) Questionnaire d'évaluation du soutien social (Sarason et al., 1983, 1987); 4) Questionnaire sur les motifs de consultation (Sobell, 1991); 5) l'Échelle d'évaluation

du changement de l'Université de Rhode Island (McConaughy, Prochaska, & Velicer, 1983); 6) Mesure de motivation par les intervenants; 7) Questionnaire de la satisfaction du consommateur (Larsen et al., 1979); 8) L'échelle de l'alliance thérapeutique de Californie (CALPAS-P ; Marmar, & Gaston, 1988). Une description détaillée de chacun est d'ailleurs présentée dans cette section.

Indice de gravité d'une toxicomanie

L'indice de gravité d'une toxicomanie (IGT) est administré à des fins d'évaluations psychosociales, plus précisément, il permet d'évaluer la gravité des problèmes fréquemment observés chez une clientèle toxicomane. En plus d'être utilisé depuis plus de 10 ans dans des centres de réadaptation pour personnes alcooliques et toxicomanes au Québec, il est aussi utilisé en recherche. La passation de ce questionnaire se fait sous forme d'entrevue individuelle d'une durée d'environ 60 minutes.

Cette version française de l'Addiction Severity Index (ASI; McLellan, Luborsky, Woody, & O'Brien, 1980) se divise en sept échelles distinctes : Drogues, Alcool, État médical, Relations familiales et interpersonnelles, État psychologique, Emploi et ressources, Situation judiciaire. Pour chaque dimension, les premières questions investiguent la présence et la gravité des problèmes en termes de temps (jour, mois), de quantité (nombre de fois, montant d'argent), par des questions oui ou non et par des choix de réponses selon une liste prédéterminée. Des questions basées sur une échelle d'évaluation subjective allant de 0 à 4 interrogent les répondants quant à l'estimation qu'ils font de la gravité de leur problème et de leur besoin d'une aide professionnelle. Finalement, des questions qui permettent une évaluation de la gravité des problèmes de consommation (sur une échelle de 0 à 9) par l'intervenant sont ajoutées. Pour chacune de ces dimensions, un score composé est calculé par un algorithme afin d'assurer une pondération équivalente de chacun des items et s'exprime en décimales sur une échelle de 0 à 1.

La validité et la fidélité de l'ASI ont été évaluées par Kosten et al. (1985), McLellan, Luborsky, Cacciola et al., (1985) et Hendricks, Kaplan, Vanlimbeek, & Geerlings (1989), ainsi que par Bergeron, Landry, Ishak et al. (1992) dans le cadre d'une étude commandée par la Direction de la planification et de l'évaluation du Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. Ces études ont démontré des qualités psychométriques satisfaisantes pour l'ASI et l'IGT, et une équivalence entre les deux échelles de mesure. L'étude de Hendricks et al. (1989) montre une stabilité temporelle très satisfaisante ($r = 0,70$ à $0,93$), sauf en ce qui concerne l'échelle médicale ($r = 0,50$), un accord inter-juges moyen élevé (92,4 %) et des coefficients alpha (scores composés) variant entre 0,63 et 0,89.

Pour la présente recherche, seuls les scores composés obtenus pour les échelles « Drogues », « Alcool » et « État psychologique » ont été utilisés, référant à la sévérité des problèmes de consommation de drogues et d'alcool et des troubles de santé mentale. Dans le but de vérifier l'effet de la consommation de différents types spécifiques de substance ou de différents troubles de santé mentale spécifiques, d'autres questions ont été sélectionnées à l'intérieur de ces trois échelles.

D'abord, pour la consommation, les questions choisies sont celles qui interrogent les clients quant au nombre de jours où ils ont consommé différents types de substances dans les 30 derniers jours. Ces questions ont été dichotomisées à savoir si oui ou non ces clients ont consommé ces substances dans les 30 derniers jours. Des types de substances ont été regroupés soit parce qu'ils faisaient partie de la même famille de psychotropes, soit parce que la taille de l'échantillon d'un type de consommateur particulier était trop petite. Ainsi, sept catégories de substances ont été retenues : alcool; opiacés (héroïne, méthadone, analgésique, etc.); sédatifs (barbituriques, hypnotiques, tranquillisants, etc.); antipsychotiques / antidépresseurs / lithium; amphétamine/cocaïne; cannabis; autres hallucinogènes et inhalants.

Pour l'état de santé mentale, l'IGT a été utilisé conjointement avec l'Index de symptômes psychiatriques qui sera présenté ci-dessous. Ce dernier questionnaire

interroge les répondants de façon plus approfondie que l'IGT à propos de quatre troubles psychologiques : la dépression, l'anxiété, l'agressivité et les problèmes cognitifs. Pour cette raison, les questions portant sur ces quatre problèmes psychologiques dans l'IGT n'ont pas été spécifiquement utilisées pour la recherche. Toutefois, les trois questions suivantes ont été considérées : « Dans les 30 derniers jours, avez-vous connu une période résultant ou non de la consommation d'alcool ou de drogues, au cours de laquelle vous avez tenté de vous blesser intentionnellement?; ...eu de fortes pensées suicidaires?; ...tenté de vous suicider? ». Ces questions ont été regroupées afin de former une variable dichotomique qui réfère aux comportements autodestructeurs.

En résumé, 11 variables découlent de l'IGT : sept variables dichotomiques pour la consommation de sept types de substances, deux variables continues pour la sévérité de la consommation d'alcool et de drogues, une variable dichotomique pour les comportements autodestructeurs, ainsi qu'une variable continue pour la sévérité des troubles de la santé mentale.

Index de symptômes psychiatriques

L'index de symptômes psychiatriques, version française abrégée et adaptée du « Hopkins Symptom Checklist » (HSCL; Derogatis, Lipman, Rickels et al., 1974), est un questionnaire auto-révéle composé de 29 items, chacun décrivant un comportement, un sentiment ou une impression. Sur une échelle de 1 (jamais) à 4 (très souvent), les répondants indiquent dans quelle mesure ils ont été affectés par ce problème durant les sept derniers jours. L'objectif de cet index est d'identifier des troubles psychologiques selon quatre facteurs : Dépression, Anxiété, Agressivité et Problèmes cognitifs. Voici un exemple de question pour chacun des facteurs : « Vous êtes-vous senti(e) désespéré(e) en pensant à votre avenir ? », « Avez-vous senti que votre cœur battait vite ou fort sans avoir fait d'effort physique ? », « Vous êtes-vous fâché(e) pour des choses sans importance ? », « Avez-vous eu des

difficultés à vous souvenir des choses ? ». Trois points de coupure ont été identifiés par Tousignant et Kovess (1985) pour former quatre blocs d'interprétation : une symptomatologie élevée (cote de 36 et plus), moyennement élevée (cote de 20 à 35), moyennement faible (cote de 5 à 19) et faible (cote de 0 à 4).

Des évaluations des qualités psychométriques de la version française de cet instrument ont été réalisées dans le cadre de l'enquête Santé Québec (Tousignant & Kovess, 1985) et d'une étude auprès de 145 clients du Service de psychologie de l'Université de Montréal (Martin, Sabourin, & Gendreau, 1989). Les analyses factorielles dévoilent une structure qui correspond aux quatre facteurs mesurés par le questionnaire original. Le degré de consistance interne pour chacun de ces facteurs est élevé dans les deux études.

Pour cette étude, un degré de consistance interne élevé pour chacune des échelles a été obtenu (Dépression : $\alpha = 0,86$, Anxiété : $\alpha = 0,85$, Agression : $\alpha = 0,83$, Problèmes cognitifs : $\alpha = 0,83$).

Questionnaire d'évaluation du soutien social

La version abrégée du questionnaire d'évaluation du soutien social (Q.S.S.; Sarason, Levine, Basham, & Sarason, 1983) comporte 27 questions illustrant une situation particulière auxquelles les sujets répondent à deux niveaux, en quantifiant et en se prononçant sur la satisfaction qu'ils ont du soutien social disponible dans un tel contexte. Ce faisant, les répondants dressent une liste de personnes (maximum 9) sur lesquelles ils peuvent compter dans cette situation et qualifient, sur une échelle en six points (de très satisfaisant à très insatisfaisant), ces sources de soutien social. Deux cotes sont ainsi obtenues quant à la quantification (cote N) et la qualité (cote S) de ce soutien social. Ce questionnaire montre des qualités psychométriques très satisfaisantes avec des coefficients alpha de 0,94 et 0,97, l'extraction d'un seul facteur pour chacune des cotes (variance expliquée de 82 % pour la cote N et de 72

% pour la cote S) par l'analyse factorielle, un niveau de corrélation modéré entre les deux échelles ($r = 0,34$), une stabilité test-retest de 0,90 pour la cote N et de 0,83 pour la cote S sur une période de 4 semaines, ainsi qu'une bonne validité convergente (Sarason et al., 1983). La version française de ce questionnaire montre des propriétés psychométriques similaires (de Man, Balkou & Iglesias, 1986).

Afin d'alléger la cueillette des données, une version abrégée de ce questionnaire a été privilégiée (Sarason, Sarason, Shearin, & Pierce, 1987), d'autant plus que les qualités psychométriques de cette version correspondent à celles de la version originale avec des coefficients alpha de 0,90 et 0,93 et la présence d'un seul facteur explicatif de la variance pour chacune des deux échelles (Michaux, Cournoyer et Sabourin, 1991). Ce court questionnaire comporte 6 items tirés des 27 de la version originale. Des questions telles « Sur qui vous pouvez compter quand vous avez besoin d'aide ? » et « Qui vous accepte totalement avec vos bons et vos mauvais côtés ? » pour l'échelle de quantification du soutien social et « Indiquez jusqu'à quel point, pour l'ensemble de ces personnes, le support que vous recevez vous satisfait. » pour l'échelle de satisfaction du soutien social composent le présent questionnaire. Dans l'étude en cours, les échelles de quantification et de satisfaction du soutien social conservent un degré élevé de consistance interne ($\alpha = 0,89$ et 0,86).

Questionnaire sur les motifs de consultation

Le questionnaire sur les motifs de consultation, adaptation française du « Reason for seeking treatment questionnaire » développé par l'Addiction Research Foundation de Toronto (Sobell, 1991), vise à identifier la présence et d'évaluer l'influence de différents types de pressions sociales ou physiques pouvant pousser un toxicomane à consulter dans un centre de réadaptation. L'item qui réfère à la pression judiciaire sera utilisé pour les fins de cette étude. Ainsi, les répondants devaient indiquer si, durant la dernière année, un intervenant du système judiciaire

les avait confrontés à propos de leur problème de consommation d'alcool ou de drogues. Le niveau d'influence de cette pression par rapport à leur demande d'aide au centre de réadaptation fut par la suite évalué à l'aide d'une échelle en cinq points de type Likert (pas du tout à beaucoup).

Questionnaire de la satisfaction du consommateur (CSQ-8)

Ce questionnaire élaboré par Larsen, Attkisson, Hargreaves et Nguyen (1979) permet d'évaluer le niveau de satisfaction de la clientèle à partir de plusieurs indices de satisfaction du consommateur tels que l'environnement physique, les caractéristiques propres à l'intervenant et au personnel du secrétariat, la nature et la qualité du service, le nombre et la durée des entrevues, les résultats qui découlent des consultations, la procédure administrative du service ainsi que la satisfaction générale. Le questionnaire se compose de 28 questions pour lesquelles les répondants indiquent, sur une échelle en quatre points, dans quelle mesure ils sont satisfaits à propos de différents aspects relatifs aux services reçus (ex. Êtes-vous satisfait(e) de la façon dont vous êtes accueilli(e) lorsque vous venez à Domrémy?).

Des coefficients alpha élevés (de 0,85 à 0,93), l'unidimensionnalité de la mesure confirmée par des analyses factorielles et une bonne validité convergente (corrélations modérées avec plusieurs mesures évaluatives en psychologie) sont identifiés par plusieurs auteurs (voir Bergeron, Landry, Brochu, & Cournoyer, 1996). Les propriétés psychométriques de la version française du CSQ-8 sont elles aussi adéquates. L'étude de Sabourin, Gendreau et Frenette (1987) fait état de degré élevé de cohérence interne ($\alpha = 0,92$), d'une structure factorielle unidimensionnelle et d'une bonne validité concomitante. La cohérence interne au questionnaire de la satisfaction du consommateur de cet échantillon est aussi élevée ($\alpha = 0,84$).

Comme la passation du questionnaire a lieu au temps 2 de la collecte des données seulement, c'est la satisfaction envers les services reçus avant les rencontres de groupe qui est évaluée.

L'échelle d'évaluation du changement

Les quatre stades de changement identifiés par Prochaska et DiClemente (1982) (pré-contemplation, contemplation, action, maintien) sont mesurés à l'aide de l'échelle d'évaluation du changement de l'Université de Rhode Island, une traduction canadienne-française du « University of Rhode Island Change Assessment Scale » (URICA; McConaughy, Prochaska, & Velicer, 1983). Cet instrument de mesure se compose de 32 items et chacune des sous-échelles correspondant aux quatre stades de changement comportent 8 questions. La formulation des questions répond à une problématique donnée qui est fonction de l'objet de l'étude, dans ce cas-ci elle réfère aux comportements de consommation d'alcool et/ou de drogues. Pour chacun des items, les participants s'expriment quant à leur degré d'accord ou de désaccord sur une échelle en cinq points. Des coefficients de consistance interne élevés ont été obtenus pour les quatre sous-échelles, allant de 0,88 à 0,89, dans une étude effectuée par DiClemente et Hughes (1990). Dans la présente étude, les coefficients alpha obtenus sont plutôt faibles pour les sous-échelles de précontemplation (0,56) et de contemplation (0,58) et plus acceptables pour les sous-échelles d'action (0,80) et de maintien (0,70).

Pour différentes raisons, l'évaluation du stade de changement chez les personnes alcooliques et/ou toxicomanes s'avère une tâche difficile (manque de transparence à propos de leurs intentions de changer, sous-estimation de la nature du problème et de leur ambivalence, surestimation de leur motivation à changer, etc.). Les scores obtenus aux différentes sous-échelles de l'URICA sont très rapprochés, il n'est donc pas possible de se référer à la sous-échelle dont le score est le plus élevé pour évaluer à quel stade de changement se situe les participants. La classification

des répondants doit donc se faire à l'aide d'analyse de regroupement où des groupes distincts sont formés à l'aide du patron de réponses obtenues aux quatre sous-échelles (précontemplation, contemplation, action et maintien). Étant donné que les profils identifiés varient d'une étude à l'autre (différents échantillons, différentes problématiques, etc.), des analyses taxinomiques à deux temps (two-step cluster) ont été effectuées afin de créer des groupes qui sont représentatifs de l'échantillon à l'étude.

Pour la motivation évaluée au temps 1, cinq types de profils ont été identifiés. Les types se distinguent pour chacune des variables considérées dans l'analyse : précontemplation ($F_{(4, 205)} = 282,63$, $p < 0,001$), contemplation ($F_{(4, 205)} = 158,15$, $p < 0,001$), action ($F_{(4, 205)} = 208,6$, $p < 0,001$) et maintien ($F_{(4, 205)} = 206,78$, $p < 0,001$). La taille échantillonnale et les pourcentages de sujets de chacun des types sont présentés dans le tableau 3 de la section résultats. Ces profils concordent avec ceux obtenus par DiClemente et Hughes (1990) auprès de 224 participants en traitement externe pour alcoolisme. Ainsi, les noms et définitions accolés à chacun des profils par ces auteurs seront repris pour la présente recherche. Trois de ces profils correspondent aux stades de changement de précontemplation, contemplation et participation (action) décrits par Prochaska et DiClemente (1982), tandis que deux nouveaux profils s'ajoutent, les usagers ambivalents et ceux non impliqués ou découragés. DiClemente et Hughes (1990) soulignent que ces cinq profils s'organisent selon cet ordre : non impliqué/découragé, précontemplation, ambivalent, contemplation et participation (du stade de changement où les clients sont les moins prêts à s'engager dans le processus de changement au stade de changement où les clients sont les plus motivés à changer leurs comportements de consommation). D'abord, les usagers non impliqués/découragés ne sont pas impliqués dans le processus de changement et ont peu d'espoir face au changement. Le profil de précontemplation comprend des usagers qui nient avoir un problème de consommation, qui vont maintenir cette consommation problématique et qui n'ont pas réfléchi à la possibilité de modifier leur comportement de consommation. Les clients ambivalents adoptent des comportements et des pensées contradictoires et

sont résistants face au changement. Les clients avec un profil motivationnel contemplatif pensent sérieusement à changer leur comportement de consommation sans toutefois initier de réel changement. Finalement, les clients situés au stade de changement de participation sont impliqués et engagés dans un processus de changement relativement à leur consommation.

Pour la motivation évaluée au temps 2, seuls les profils correspondant aux stades de changement de précontemplation et de préparation ont été identifiés. Un premier contact thérapeutique a pu faire cheminer les clients à travers ces stades de changement. Les clients se situant au stade de changement le plus précoce ont pu, suite à la rencontre de groupe, évoluer dans leur processus de changement et atteindre un stade plus élevé de motivation soit celui de la précontemplation, expliquant pourquoi plus aucun client ne se situe à ce stade lors du deuxième temps de mesure. Il est à noter que les profils où le client est le plus indécis face à sa consommation et au changement (ambivalent et contemplation) ne sont également plus observés à ce moment de la thérapie. Les rencontres de groupe ont pu influencer les clients en les motivant davantage à modifier leur comportement au point de s'impliquer et de s'engager réellement dans un processus de changement et par conséquent, atteindre le stade de participation. Au contraire, la thérapie de groupe a pu les conduire à plutôt choisir de maintenir leur consommation et de revenir à un stade de changement moins avancé, soit celui de précontemplation. Différentes hypothèses pourraient expliquer ce recul : une prise de conscience à propos des difficultés qu'implique le changement, une rechute, des symptômes de sevrage ou un état de manque trop difficile à supporter, avoir été témoin de la difficulté à cesser de consommer chez d'autres clients du groupe de thérapie, etc. D'ailleurs, comme l'indique Prochaska et DiClemente (1982), le passage à travers les différents stades de changement s'effectue dans le temps de façon dynamique, c'est-à-dire que le client peut, dépendamment du moment, soit progresser, soit régresser d'un stade à l'autre.

Mesure de la motivation par les intervenants

À partir d'un guide où sont présentées les caractéristiques propres à chacun des stades de changement tels que proposés par la théorie de Prochaska et DiClemente (1982), les intervenants devaient évaluer la motivation à changer les comportements de consommation d'alcool ou de drogues de chacun des clients. Ils ont donc situé les usagers par rapport à cinq stades de changement : précontemplation, contemplation, préparation, action, maintien. Les usagers qui se situent à des stades de changement plus avancés tels ceux d'action et de maintien, sont davantage prêts à initier un changement ou à maintenir l'acquisition d'un nouveau comportement.

Alliance thérapeutique

L'échelle de l'alliance thérapeutique de Californie (CALPAS-P ; Marmar & Gaston, 1988) est constituée de quatre sous-échelles (6 items chacune pour un total de 24 items) : Capacité de travail du client, Engagement du client, Compréhension et l'implication du thérapeute et Consensus sur les stratégies de travail (Gaston, 1991). Le répondant décrit, à l'aide d'une échelle de Likert en sept points (pas du tout à beaucoup), son expérience vécue lors de la session de thérapie qu'il vient de terminer. La moitié des questions de chaque sous-échelle a une connotation positive, tandis que l'autre moitié des questions est formulée négativement. Voici des exemples de questions pour chacune des sous-échelles : « Avez-vous l'impression d'être incapable d'approfondir votre compréhension de ce qui vous dérange ? » (Capacité de travail du client), « Jusqu'à quel point avez-vous eu confiance en vos propres efforts et en ceux de votre thérapeute pour obtenir un certain soulagement face à vos problèmes ? » (Engagement du client), « Avez-vous eu l'impression de travailler en collaboration avec votre thérapeute, unis dans un même effort pour surmonter vos problèmes ? » (Consensus sur les stratégies de travail), « Vous êtes-vous senti(e) pressé(e) par votre thérapeute de changer avant que vous ne soyez prêt(e) ? » (Compréhension et implication du thérapeute). Le score total obtenu pour chaque sous-échelle, en inversant pour les questions à connotation négative, varie

entre 24 et 144, les scores plus élevés indiquant un plus haut degré d'alliance thérapeutique.

Les degrés de consistance interne du CALPAS-P obtenus par Gaston (1991) varient entre 0,43 à 0,73 dont un coefficient alpha de 0,83 pour l'échelle globale. La présente étude montre des coefficients alpha faibles pour les sous-échelles « Engagement du client » (alpha = 0,55) et « Capacité de travail du client » (alpha = 0,44) et des coefficients adéquats pour les sous-échelles « Compréhension et implication du thérapeute » (alpha = 0,77) et « Consensus sur les stratégies de travail » (alpha = 0,77).

Stratégies d'analyses

Afin de répondre aux objectifs de la recherche, différentes variables susceptibles d'influencer positivement ou négativement le développement d'une alliance thérapeutique ont été identifiées dans la littérature scientifique. Les variables ainsi retenues peuvent être regroupées en trois types soit les variables diagnostiques qui comprennent le profil de consommation et l'état de santé mentale, les variables intrapersonnelles dont la satisfaction envers les services et la motivation et finalement, les variables interpersonnelles telles le soutien social et les pressions légales. De ces variables découlent plusieurs indicateurs qui ont d'abord été mis en relation avec les quatre dimensions de l'alliance thérapeutique ainsi que l'alliance thérapeutique globale à l'aide de corrélations bisérielles de point ou bivariées selon que les variables indépendantes sont dichotomiques ou continues². Cette façon de faire a permis de sélectionner les variables qui ont un lien significatif avec l'alliance thérapeutique afin de constituer les modèles d'analyses multivariés subséquents.

² Il est à noter que pour les instruments de mesure « Index de symptômes psychiatriques » et « Questionnaire d'évaluation du soutien social », les données manquantes (n = 50) ont été remplacées par la moyenne des variables afin d'éviter une trop grande perte de sujets lors des analyses de régression. Cette façon de procéder a pour impact de diminuer la variance de ces variables et peut, en ce sens, diminuer la probabilité d'identifier des relations significatives avec d'autres variables.

Des analyses de régression multivariées ont par la suite été effectuées. Seules les variables significativement associées à l'alliance thérapeutique lors des analyses bivariées, à un niveau de signification de 0,05, ont été intégrées aux modèles d'analyses. La nature des variables indépendantes à l'étude entraîne un risque élevé de multicolinéarité, c'est pour cette raison que pour chaque type de variables, seul le ou les indicateurs les plus fortement corrélés avec l'alliance thérapeutique ont été intégrés aux modèles.

Afin de connaître la contribution de chacun de ces groupes de variables à la variance expliquée de l'alliance thérapeutique, des analyses de régression hiérarchiques ont été privilégiées. Comme pour la régression linéaire multiple standard, il a alors été possible de déterminer si l'ensemble du modèle pouvait expliquer une partie de la variance de l'alliance thérapeutique et si chacune des variables contribuait de façon significative à cette explication. La spécificité de la régression hiérarchique réside dans le fait que chaque variable ou groupe de variables est ajouté au modèle de façon cumulative dans un ordre hiérarchique prédéterminé selon la logique de la recherche. Cette stratégie d'analyse permet de vérifier si l'addition d'une variable ou d'un groupe de variables ajoute à l'explication au-delà de la contribution des variables déjà insérées dans le modèle et de connaître le pourcentage de variance unique expliqué par chacune (Cohen & Cohen, 1975). De plus, des effets de médiation peuvent être identifiés. Trois conditions doivent être remplies afin de conclure à la présence d'un médiateur. D'abord, la variable la plus distale du phénomène à l'étude (d'un point de vue conceptuel) doit être corrélée à la variable la plus proximale (variable médiatrice). Séparément, ces deux variables indépendantes sont associées de façon significative au phénomène à l'étude. Finalement, lorsque considérées ensemble dans une même équation de régression, l'effet de la variable la plus distale n'est plus significative alors que l'apport significatif de la variable la plus proximale à l'équation de régression demeure (Baron & Kenny, 1986; Courmoyer, 1994).

C'est donc quatre groupes de variables qui ont été considérés soit le profil de consommation, l'état de santé mentale, les variables intrapersonnelles telles la satisfaction envers les services antérieurs à la thérapie individuelle et la motivation ainsi que les variables interpersonnelles dont le soutien social et les pressions légales. Selon Cohen et

Cohen (1975), une façon simple de concevoir un modèle hiérarchique est de déterminer la priorité causale des variables indépendantes selon un ordre temporel ou logique. D'un point de vue logique, les deux groupes de variables qui sont les plus proximaux par rapport aux variables dépendantes sont ceux associés au profil diagnostique. D'abord, c'est essentiellement le profil de consommation qui conduit un individu à consulter dans un centre de réadaptation pour alcoolisme et autres toxicomanies. Sans consommation problématique, une telle demande d'aide n'aurait jamais eu lieu. Deuxièmement, les troubles psychologiques sont un autre groupe de facteurs pouvant inciter à consulter une ressource en santé mentale. Un troisième groupe de variables non associé aux motifs de consultation mais propre à l'individu et en lien direct avec le traitement ou le processus de changement comprend la motivation et la satisfaction envers les services antérieurs à la consultation individuelle. En tant qu'influences extérieures, c'est finalement les indicateurs du soutien social et des pressions légales qui sont les variables les plus distales par rapport à l'alliance thérapeutique. Afin d'être en mesure de repérer la présence d'effets de médiation, les variables les plus distales ont été insérées en premier dans le modèle suivies des variables les plus proximales. Il fut alors possible de vérifier si l'effet d'une variable plus distale par rapport au phénomène à l'étude disparaîtrait suite à l'insertion dans le modèle de régression de variables plus proximales. L'ordre d'insertion des variables était donc le suivant :

1. Variables interpersonnelles : soutien social et pression légales
2. Variables intrapersonnelles : satisfaction envers les services reçus et motivation
3. Indicateurs de santé mentale
4. Indicateurs du profil de consommation

Les données ont été recueillies en deux temps, avant l'entrée en traitement et lors des rencontres de groupe. L'ensemble des opérations statistiques exposées précédemment ont donc été effectuées elles aussi en deux temps, pour les variables indépendantes évaluées au temps 1 et celles évaluées au temps 2. Il semblait intéressant de vérifier si l'influence de ces variables sur l'alliance thérapeutique se maintenait en fonction du moment où elles furent mesurées, d'autant plus que quelques rencontres de groupe avaient

eu lieu entre ces deux passations. Cette première démarche thérapeutique risque d'avoir provoqué des changements dans le profil de consommation ainsi que l'état de santé psychologique des clients. Leur niveau de motivation est également susceptible d'avoir fluctué tout au long du processus de changement. C'est donc dix modèles d'analyse qui seront présentés dans la section suivante, deux pour chacune des quatre dimensions de l'alliance thérapeutique ainsi que l'alliance thérapeutique globale.

Le stade de changement du client tel qu'évalué par le thérapeute lors des premières rencontres de groupe a été intégré aux variables du temps 1, tandis que le stade de changement évalué lors de la première rencontre en thérapie individuelle a été regroupé avec les variables du temps 2. Il paraissait finalement important d'ajouter aux modèles une variable contrôle qui évaluait le temps passé en traitement avant la thérapie individuelle puisque ce temps varie en fonction de l'orientation des clients au sein des services (services internes, externes ou programme de transition).

Un des principaux objectifs de l'étude est d'évaluer si la présence d'une double problématique de toxicomanie et de justice ou de troubles de la santé mentale a un impact sur les facteurs associés à l'alliance thérapeutique. Tout comme pour l'ensemble de l'échantillon à l'étude, des analyses corrélationnelles ont permis d'identifier les variables indépendantes qui sont significativement reliées à l'alliance thérapeutique pour chacune de ces deux sous-populations spécifiques. L'effet modérateur d'une double problématique de justice ou de troubles de la santé mentale et de toxicomanie sur la relation entre ces variables et l'alliance thérapeutique a été évalué par la suite.

Un modérateur est une variable qui affecte la direction et/ou la force d'une relation entre une variable indépendante et une variable dépendante. En d'autres termes, un effet de modulation implique que la relation entre deux variables est modifiée par la présence d'une tierce variable, appelée variable modératrice (Baron, & Kenny, 1986). L'appartenance aux sous-populations « santé mentale » ou « justice » sont les variables modératrices qui ont été considérées. Ainsi, une des hypothèses de recherche est que certaines variables sont associées à l'alliance thérapeutique de manière différente dans la

mesure où le client est affligé d'une double problématique de toxicomanie et de troubles de la santé mentale ou de justice. Pour vérifier un tel effet de modulation, la variable indépendante (celle dont l'effet semble modéré par une autre variable), les variables désignant les sous-populations (variables modératrices) ainsi que leur terme d'interaction (la variable indépendante multipliée par les variables modératrices) ont été insérés dans une équation de régression. Les variables désignant les sous-populations sont dichotomiques. Trois informations ont été obtenues par l'entremise de cette équation de régression. D'abord, le terme désignant la variable indépendante renseigne sur l'effet de cette variable sur l'alliance thérapeutique pour la catégorie de référence de la variable modératrice (la catégorie de référence correspond à la sous-population dont l'effet de modulation est vérifié, une valeur de « 0 » ou valeur censurée lui est attribuée). Le ou les termes désignant les variables modératrices indiquent la différence entre les ordonnées à l'origine pour les catégories codées « 1 » (qui représentent les deux autres sous-populations) et la catégorie de référence des variables modératrices. Finalement, le terme désignant l'effet d'interaction donne la différence entre l'effet sur la variable dépendante (alliance thérapeutique) de la catégorie codée « 1 » de la variable modératrice et l'effet sur la variable dépendante de la catégorie de référence. Si ce terme d'interaction est significatif, un effet de modulation est confirmé (Baron & Kenny, 1986).

Étant donné qu'il n'est pas possible de générer des modèles d'analyse finaux, dans le cas où plus d'un effet de modulation était observé pour une même dimension de l'alliance, des analyses de régression hiérarchique, selon la même logique d'insertion des variables exposée précédemment, ont été effectuées par sous-population. Pour vérifier la complémentarité des effets de modulation, les variables indépendantes affectées par ces effets ont été insérées dans une équation de régression hiérarchique afin de déterminer laquelle de ces variables prime dans l'explication de la variance de l'alliance thérapeutique pour la sous-population concernée.

Analyse des résultats

La présente section vise à exposer l'ensemble des relations qui ont été identifiées entre les variables indépendantes à l'étude et l'alliance thérapeutique. Tout d'abord, une description des variables (nombre de répondants, moyennes ou fréquences et écarts types) sera présentée, suivie des résultats obtenus par l'entremise d'analyses corrélationnelles. Pour conclure cette première étape des analyses, les modèles de régression hiérarchique seront exposés. Par la suite, les nouvelles corrélations identifiées auprès de groupes d'utilisateurs spécifiques (santé mentale et justice) et les effets de modération testés à l'aide d'analyses de régression seront présentés. La complémentarité des effets de modération a finalement été vérifiée dans les cas où plus d'un effet sont observés pour une même dimension de l'alliance thérapeutique.

Description des variables à l'étude : nombre de répondants, moyennes ou fréquences, écarts types

Le nombre de répondants, la moyenne ou la fréquence et l'écart type de chacune des variables à l'étude pour les deux temps de mesure sont présentés dans le tableau 3. Ce tableau permet de situer la clientèle par rapport à sa consommation, son état de santé mentale, son niveau de motivation et de satisfaction envers les services, la quantité et qualité de son soutien social perçu et la présence et l'influence des pressions légales avant l'entrée en traitement et lors des rencontres de groupe ainsi que la force de l'alliance thérapeutique développée lors de la thérapie individuelle. Une matrice de corrélations pour toutes les variables indépendantes à l'étude est également présentée à la suite de ce tableau (voir tableaux 4 et 5).

Tableau 3. Description des variables indépendantes pour les deux temps de mesure et l'alliance thérapeutique et ses quatre dimensions : nombre de répondants, moyennes ou fréquences et écarts types.

		<u>Temps 1</u>		<u>Temps 2</u>		
État de santé mentale						
Dépression	269	52,26	20,29	251	37,14	18,83
Anxiété	269	41,23	18,83	251	33,22	10,09
Agressivité	269	37,90	22,20	251	28,31	21,24
Troubles cognitifs	269	44,05	24,93	251	36,82	23,68
Comp. autodestructeurs	269	32,70%	-	251	30,30%	-
Sévérité des troubles	269	0,41	0,20	251	0,47	0,22
Consommation						
Alcool	269	82,50%	-	251	72,90%	-
Alcool (sévérité)	269	0,49	0,29	247	0,38	0,27
Opiacés	269	8,60%	-	251	12,70%	-
Sédatifs	268	33,60%	-	251	33,10%	-
Antipsy.-dép./lithium	269	17,50%	-	251	22,70%	-
Amphétamine/ cocaïne	268	44,20%	-	251	37,50%	-
Cannabis	268	33,10%	-	251	28,70%	-
Hallucinogènes/Inhalants	269	4,10%	-	251	3,20%	-
Drogues (sévérité)	269	0,17	0,13	250	0,15	0,12
Variables intrapersonnelles						
Motivation (client)	206	-	-	248	-	-
→ Non impl./décou. (1)	28	13,6%	-	-	-	-
→ Précontemplation (2)	10	4,9%	-	89	35,5%	-
→ Ambivalent (3)	25	12,1%	-	-	-	-
→ Contemplation (4)	65	31,6%	-	-	-	-
→ Participation (5)	78	37,9%	-	159	63,3%	-
Motivation (thérapeute)	151	-	-	169	-	-
→ Précontemplation (1)	15	9,9%	-	17	10,1%	-
→ Contemplation (2)	93	61,6%	-	78	46,2%	-
→ Préparation (3)	5	3,3%	-	5	3,0%	-
→ Action (4)	36	23,8%	-	61	36,1%	-
→ Maintien (5)	2	1,3%	-	8	4,7%	-
Satisfaction services	-	-	-	251	28,01	3,29
Soutien social						
Quantité	269	2,25	1,50	-	-	-
Satisfaction	269	3,99	1,15	-	-	-
Système judiciaire						
Pression légale	219	16,00%	-	-	-	-
P. légale (influence)	219	1,47	1,17	-	-	-
Alliance thérapeutique						
Capacité de travail	269	35,71	4,31			
Engagement	269	31,44	5,54			
Consensus sur stratégies	269	36,37	4,89			
Comp. et imp. du th.	269	36,75	6,01			
	269	38,36	4,91			

Des analyses de variance à un critère de classification (oneway ANOVA) utilisant le test de comparaison *a posteriori* de Scheffé, ainsi que des régressions logistiques ont été effectuées dans le but de vérifier s'il existe des différences en ce qui à trait aux variables indépendantes et à l'alliance thérapeutique entre les trois sous-populations à l'étude.

Les analyses de variance à un critère de classification indiquent que les problèmes psychologiques des usagers du mandat « santé mentale » sont plus sévères que les usagers des deux autres groupes lors de l'entrée en traitement (temps 1) et lors des rencontres de groupe (temps 2) (temps 1 : $F = 27,031$, $dl = 267$, $p < 0,001$; temps 2 : $F = 23,673$, $dl = 248$, $p < 0,001$). Plus spécifiquement, ces clients souffrent plus de dépression (temps 1 : $F = 14,001$, $dl = 267$, $p < 0,001$; temps 2 : $F = 10,956$, $dl = 249$, $p < 0,001$), plus d'anxiété (temps 1 : $F = 11,579$, $dl = 267$, $p < 0,01$; temps 2 : $F = 10,360$, $dl = 249$, $p < 0,001$) et plus de troubles cognitifs (temps 1 : $F = 10,895$, $dl = 267$, $p < 0,001$, $F = 12,695$, $dl = 249$, $p < 0,001$). Selon le test *a posteriori* de Scheffé, ces problèmes de dépression, d'anxiété et de troubles cognitifs sont plus sévères pour la sous-population « santé mentale » que pour les deux autres sous-populations lors de l'entrée en traitement et plus sévères que le groupe de comparaison lors des rencontres de groupe.

Lorsque la sous-population « santé mentale » est comparée aux deux autres groupes, les régressions logistiques nous indiquent que les usagers de cette sous-population sont plus à risque de consommer des antidépresseurs/ antipsychotiques/ lithium que les usagers des groupe « justice » (temps 1 : $\beta = 0,140$, $dl = 1$, $p < 0,001$; temps 2 : $\beta = 0,188$, $dl = 1$, $p < 0,001$) et de comparaison (temps 1 : $\beta = 0,084$, $dl = 1$, $p < 0,001$; temps 2 : $\beta = 0,101$, $dl = 1$, $p < 0,001$). Cette sous-population est aussi plus à risque de consommer des sédatifs comparée aux groupes « justice » (temps 1 : $\beta = 0,289$, $dl = 1$, $p < 0,01$; temps 2 : $\beta = 0,429$, $dl = 1$, $p < 0,05$) et de comparaison (temps 1 : $\beta = 0,190$, $dl = 1$, $p < 0,001$; temps 2 : $\beta = 0,193$, $dl = 1$, $p < 0,001$). Avant l'entrée en traitement (temps 1), ces clients du

mandat « santé mentale » consomment également plus d'hallucinogènes/inhalants que les usagers du groupe de comparaison ($\beta = 0,159$, $dl = 1$, $p < 0,01$) et sont plus à risque d'adopter des comportements autodestructeurs que les usagers des groupes « justice » ($\beta = 0,369$, $dl = 1$, $p < 0,05$) et de comparaison ($\beta = 0,215$, $dl = 1$, $p < 0,001$).

Lorsque la sous-population « justice » est comparée aux deux autres groupes, les régressions logistiques révèlent que les usagers de cette sous-population ont subi plus de pressions légales avant l'entrée en traitement (temps 1) que les usagers des groupes « santé mentale » ($\beta = 0,175$, $dl = 1$, $p < 0,01$) et de comparaison ($\beta = 0,086$, $dl = 1$, $p < 0,001$). Lors de la thérapie de groupe (temps 2), ces usagers sont plus à risque de consommer des drogues telles le cannabis ($\beta = 0,374$, $dl = 1$, $p < 0,01$), les sédatifs ($\beta = 0,449$, $dl = 1$, $p < 0,05$) et l'amphétamine/cocaïne ($\beta = 0,352$, $dl = 1$, $p < 0,01$) que les usagers du groupe de comparaison.

Pour ce qui est de l'alliance thérapeutique, les analyses de variance à un critère de classification montrent que les groupes se distinguent seulement pour la dimension « capacité de travail du client ». Le test de Scheffé souligne que les usagers référés dans le mandat « santé mentale » ont de plus faibles capacités de travail comparés aux usagers du groupe de comparaison ($F = 2,352$, $dl = 267$, $p < 0,01$).

Tableau 4. Corrélations entre les différentes variables indépendantes à l'étude évaluées au temps 1.

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1. Alcool										
2. Alcool (sévérité)	0,536***									
3. Opiacés	-0,034	-0,027								
4. Sédatifs	0,099	0,233***	0,092							
5. Antipsychot.-dépr./lith.	0,005	0,047	0,139*	0,305***						
6. Amphétamine/cocaïne	0,088	-0,096	-0,140*	-0,140*	-0,037					
7. Cannabis	0,115	-0,060	-0,045	-0,149*	-0,053	0,343***				
8. Hall. /inh.	0,046	0,028	0,004	0,012	0,004	0,080	0,174**			
9. Drogues (sévérité)	-0,048	-0,110	0,067	0,213***	0,047	0,597***	0,447***	0,130*		
10. Dépression	0,057	0,171**	0,097	0,261***	0,189**	-0,012	0,016	-0,006	0,196**	
11. Anxiété	0,061	0,247***	0,118	0,316***	0,152*	-0,007	0,021	-0,011	0,232***	0,745***
12. Agressivité	0,003	-0,006	-0,019	0,095	-0,032	0,015	0,169**	0,012	0,145*	0,480***
13. Troubles cognitifs	0,053	0,169**	0,114	0,364***	0,156*	-0,012	0,025	0,025	0,147*	0,640***
14. Comp. autodest.	0,029	0,115	0,155*	0,284***	0,285***	-0,014	0,049	0,096	0,183***	0,344***
15. Tr. mentaux (sév.)	0,104	0,206**	0,158**	0,182***	0,159**	0,047	0,032	0,064	0,230**	0,543***
16. Motivation (client)	-0,035	-0,018	-0,007	-0,089	0,051	-0,017	-0,004	0,067	-0,074	-0,063
17. Motivation (th.)	0,009	-0,076	-0,091	-0,087	-0,005	-0,117	-0,083	-0,131	-0,207*	-0,004
19. Soutien social (qte)	-0,009	-0,045	-0,077	0,059	0,007	-0,113	-0,042	-0,046	-0,136*	-0,218***
20. Soutien social (sat.)	0,039	0,002	-0,054	0,079	0,077	-0,021	-0,019	-0,046	0,010	-0,204**
19. Pression légale	-0,116	-0,131	0,087	0,091	-0,064	0,011	-0,023	-0,036	0,029	0,127
20. Pr. légale (influence)	-0,084	-0,112	0,057	0,077	-0,044	-0,050	-0,073	-0,087	-0,017	0,127

(suite)	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
11. Anxiété										
12. Agressivité	0,464***									
13. Troubles cognitifs	0,692***	0,427***								
14. Comp. autodest.	0,472***	0,250***	0,466***							
15. Tr. mentaux (sév.)	0,274***	0,130*	0,267***	0,616***						
16. Motivation (client)	-0,106	-0,075	-0,056	-0,103	-0,039					
17. Motivation (th.)	0,018	-0,023	0,026	-0,056	0,011	-0,129				
19. Soutien social (qte)	-0,140*	-0,064	-0,181*	-0,099	-0,100	0,037	0,140			
20. Soutien social (sat.)	-0,089	0,121*	-0,132*	-0,045	-0,035	-0,103	-0,010	0,454***		
19. Pression légale	0,117	0,155*	0,061	-0,004	0,026	0,036	0,013	-0,087	0,031	
20. Pr. légale (influence)	0,105	0,120	0,050	0,050	0,066	-0,010	0,052	-0,095	0,041	0,909***

* p < 0,05 ** p < 0,01 *** p < 0,001

Tableau 5. Corrélations entre les différentes variables indépendantes à l'étude évaluées au temps 2.

	1	2	3	4	5	6	7	8	9
1. Alcool									
2. Alcool (sévérité)	0,481***								
3. Opiacés	0,072	0,004							
4. Sédatifs	0,143*	0,244***	0,087						
5. Antipsychot.-dép./lith.	0,009	0,099	0,049	0,326***					
6. Amphétamine/cocaïne	0,194**	0,030	0,000	0,016	-0,026				
7. Cannabis	0,208**	0,039	-0,005	-0,071	-0,070	0,401***			
8. Hallucinogènes/inha	0,111	0,010	0,135*	0,065	0,064	0,234***	0,236***		
9. Drogues (sévérité)	0,152*	0,063	0,225***	0,288***	0,153*	0,562***	0,420**	0,206**	
10. Dépression	-0,076	0,101	0,170**	0,179**	0,210**	-0,095	-0,074	-0,009	0,162*
11. Anxiété	-0,059	0,144*	0,122	0,307***	0,182**	-0,036	-0,036	-0,013	0,275***
12. Agressivité	-0,106	0,010	-0,017	-0,065	-0,053	-0,068	0,006	-0,082	-0,025
13. Troubles cognitifs	0,030	0,149*	0,078	0,210**	0,151*	0,031	0,074	0,037	0,230***
14. Comp. autodest.	0,129*	0,147*	0,190**	0,127*	0,243***	0,099	0,100	0,127*	0,260***
15. Tr. mentaux (sév.)	0,163*	0,327***	0,157*	0,340***	0,375***	0,113	0,068	0,102	0,401***
16. Motivation (client)	-0,058	0,042	0,012	0,204**	0,082	-0,039	0,046	0,041	0,152*
17. Motivation (th.)	-0,214**	-0,090	0,008	-0,017	0,047	-0,227**	-0,177*	0,089	-0,108
18. Satisfaction services	0,101	0,066	0,010	0,170**	-0,011	0,072	0,000	0,062	0,074

(suite)	10	11	12	13	14	15	16	17
11. Anxiété	0,735***							
12. Agressivité	0,532***	0,447***						
13. Troubles cognitifs	0,626***	0,633***	0,377***					
14. Comp. autodest.	0,388***	0,393***	0,133***	0,285***				
15. Tr. mentaux (sév.)	0,453***	0,517***	0,136***	0,464***	0,571***			
16. Motivation (client)	0,009	0,135*	-0,039	0,012	0,035	0,198**		
17. Motivation (th.)	-0,046	-0,011	0,044	0,029	-0,125	-0,118	-0,001	
18. Satisfaction services	-0,210**	-0,118	-0,275***	-0,126*	0,045	0,012	0,257***	-0,050

* p < 0,05 ** p < 0,01 *** p < 0,001

Corrélations entre les variables indépendantes et l'alliance thérapeutique

Des analyses de corrélations bivariées et bisérielles de point ont été effectuées afin d'identifier les variables significativement reliées à l'alliance thérapeutique. Le principal but de ces analyses était de sélectionner les variables les plus susceptibles d'influencer l'alliance thérapeutique pour constituer les modèles d'analyse multivariés subséquents.

Ces analyses ont été menées en considérant tous les clients qui ont entamé une thérapie individuelle et rempli le questionnaire portant sur l'alliance thérapeutique (n = 269). Les variables à l'étude évaluées lors du premier et du deuxième temps de mesure ont été mises en relation avec l'alliance thérapeutique globale ainsi que ses quatre dimensions. Les corrélations ainsi obtenues sont exposées dans le tableau 6.

Tableau 6. Corrélations entre les variables indépendantes à l'étude mesurées au premier et au deuxième temps de mesure et les quatre dimensions de l'alliance thérapeutique ainsi que l'alliance thérapeutique globale.

Variables	Capacité de travail	Engagement	Consensus	Comp. & impl. du thérapeute	Alliance globale
Consommation					
Alcool t1	-0,073	-0,023	0,027	0,064	-0,005
Alcool t2	-0,051	-0,023	0,035	0,048	-0,016
Alcool (sévérité) t1	-0,144*	-0,049	-0,031	0,015	-0,086
Alcool (sévérité) t2	-0,158*	-0,100	0,000	0,022	-0,095
Opiacés t1	-0,080	-0,029	-0,012	-0,082	-0,060
Opiacés t2	0,030	0,060	-0,010	-0,068	-0,008
Sédatifs t1	-0,115	-0,004	-0,008	-0,013	-0,072
Sédatifs t2	-0,042	0,093	0,007	-0,002	-0,013
Antipsychot.-dép./lithium t1	-0,070	0,045	0,011	0,014	-0,021
Antipsychot.-dép./lithium t2	-0,015	0,080	0,033	0,005	0,011
Amphétamine/ cocaïne t1	-0,089	-0,077	-0,157*	-0,092	-0,119
Amphétamine/ cocaïne t2	-0,125*	-0,079	-0,104	-0,025	-0,107
Cannabis t1	-0,075	-0,141*	-0,112	-0,068	-0,126*
Cannabis t2	-0,041	-0,161*	-0,097	-0,095	-0,125*
Hallucinogènes/Inhalants t1	-0,116**	-0,200**	-0,151*	-0,122*	-0,211**
Hallucinogènes/Inhalants t2	-0,057	-0,052	-0,087	-0,058	-0,093
Drogues (sévérité) t1	-0,199**	-0,147*	-0,187**	-0,135*	-0,197**
Drogues (sévérité) t2	-0,083	-0,041	-0,115	-0,080	-0,123
État de santé mentale					
Dépression t1	-0,119	-0,026	0,022	-0,002	-0,024
Dépression t2	-0,144*	-0,072	-0,095	-0,170**	-0,156*
Anxiété t1	-0,111	0,039	0,024	-0,031	-0,003
Anxiété t2	-0,119	-0,064	-0,106	-0,124*	-0,105

* p < 0,05 ** p < 0,01 *** p < 0,001

Tableau 6 (SUITE). Corrélations entre les variables indépendantes à l'étude mesurées au premier et au deuxième temps de mesure et les quatre dimensions de l'alliance thérapeutique ainsi que l'alliance thérapeutique globale.

	Capacité de travail	Engagement	Consensus	Comp. & impl. du thérapeute	Alliance globale
État de santé mentale (suite)					
Agressivité t1	-0,062	0,023	-0,057	-0,057	-0,036
Agressivité t2	-0,130*	-0,085	-0,157*	-0,198**	-0,170**
Troubles Cognitifs t1	-0,066	0,030	-0,013	-0,046	-0,016
Troubles Cognitifs t2	-0,239**	-0,150*	-0,239***	-0,258***	-0,258***
Comp. autodestructeurs t1	-0,123*	-0,056	-0,130*	-0,102	-0,128*
Comp. autodestructeurs t2	-0,023	-0,037	-0,046	-0,046	-0,061
Tr. psychol. (sévérité) t1	-0,118	-0,038	-0,030	-0,068	-0,078
Tr. psychol. (sévérité) t2	-0,080	-0,055	-0,050	-0,046	-0,065
Variables intrapersonnelles					
Motivation (client) t1	0,094	-0,035	-0,004	-0,081	-0,013
Motivation (client) t2	0,080	0,131*	0,092	0,035	0,096
Motivation (thérapeute) t1	0,108	-0,026	-0,097	-0,060	-0,063
Motivation (thérapeute) t2	0,026	0,048	0,132	0,121	0,100
Satisfaction services t2	0,010	0,125*	0,196**	0,212**	0,188**
Variables interpersonnelles					
Soutien social (qte) t1	0,149*	0,050	0,026	0,038	0,066
Soutien social (sat.) t1	0,061	0,036	-0,015	-0,061	0,010
Pression légale t1	-0,026	0,021	-0,027	-0,058	-0,043
P. légale (influence) t1	0,006	0,034	-0,009	-0,065	-0,021

* p < 0,05 ** p < 0,01 *** p < 0,001

Les analyses corrélationnelles mettent en évidence une différence quant aux groupes de variables significativement corrélés à l'alliance thérapeutique en fonction du moment où ces variables ont été mesurées. Lorsqu'évaluées avant l'entrée en traitement, ce sont surtout les variables relatives au profil de la consommation qui sont reliées à l'alliance thérapeutique. Les corrélations entre l'alliance thérapeutique et les variables mesurées lors de la thérapie de groupe sont quant à elles plus nombreuses pour les variables propres à l'état de santé mentale.

Ces analyses ont donc révélées les relations suivantes. Plus la consommation de drogues des usagers avant l'entrée en traitement (temps 1) est sévère, plus ils semblent éprouver de la difficulté à développer une bonne alliance thérapeutique avec le thérapeute, en particulier s'ils consomment des drogues telles les hallucinogènes/inhalants. Ce type de consommation est négativement corrélé à leur capacité de travail, leur engagement dans la thérapie, ainsi qu'à leur perception quant au niveau de consensus atteint à propos des stratégies de travail et quant au niveau de compréhension et d'implication du thérapeute. La consommation de d'autres types de drogues avant l'entrée en traitement serait également reliée à certaines dimensions de l'alliance thérapeutique. D'abord, les résultats indiquent que les usagers qui consomment de l'alcool possèderaient une capacité de travail dans la thérapie individuelle plus déficitaire. Le fait de consommer de la cocaïne/amphétamine est négativement associé à l'alliance thérapeutique globale et plus particulièrement, à la capacité du client à établir un consensus avec le thérapeute en ce qui concerne les stratégies de travail à adopter. Finalement, la consommation de cannabis est liée à un moins grand engagement dans la thérapie. La consommation de certains types de drogues lors de la thérapie de groupe (temps 2) reste significativement associée à l'alliance thérapeutique. Ainsi, la consommation d'alcool est toujours corrélée à la dimension « capacité de travail du client » et la consommation de cannabis à la dimension « engagement du client ». Plutôt que d'être associée à la dimension « consensus sur les stratégies de travail », la consommation de cocaïne/amphétamine est maintenant liée à une plus faible capacité de travail dans la thérapie.

En ce qui concerne l'état de santé mentale, une association significative et négative est observée entre les comportements autodestructeurs évalués en pré-traitement et les dimensions « capacité de travail du client » et « consensus sur les stratégies de travail ». Il semble donc que les usagers qui ont tenté de se blesser intentionnellement, qui ont eu de fortes pensées suicidaires ou qui ont tenté de se suicider dans les 30 derniers jours auraient plus de difficulté à travailler de façon efficace dans la thérapie et à établir un consensus à propos des stratégies de travail avec le thérapeute. D'autres indicateurs de l'état de santé mentale mesurés lors du deuxième temps de mesure sont corrélés à l'alliance thérapeutique. D'abord, les troubles cognitifs sont associés aux quatre dimensions de l'alliance thérapeutique. Autrement dit, plus les usagers souffrent de troubles cognitifs lors de la thérapie de groupe, plus pauvres seraient leurs capacités de travail, moins ils s'engageraient dans la thérapie, plus ils auraient de la difficulté à établir un consensus à propos des stratégies de travail et plus faibles seraient leur niveau perçu de compréhension et d'implication du thérapeute. Les problèmes d'agressivité sont eux aussi négativement reliés aux dimensions « capacité de travail », « consensus sur les stratégies de travail » et « compréhension et implication du thérapeute. Enfin, plus les usagers sont dépressifs lors de la rencontre de groupe, plus ils auraient de la difficulté à travailler efficacement dans la thérapie individuelle, tandis que l'anxiété et la dépression sont associés à un niveau perçu moindre de compréhension et d'implication de la part du thérapeute.

La quantité du soutien social perçu s'avère significativement et positivement corrélée à une dimension de l'alliance thérapeutique. Cette relation signifie que les usagers qui sont soutenus par un réseau social plus étendu avant leur entrée en traitement démontreraient de plus grandes capacités de travail dans la thérapie individuelle.

Finalement, les variables intrapersonnelles évaluées lors de la thérapie de groupe sont associées à l'alliance thérapeutique. D'abord, contrairement au premier temps de mesure, la motivation évaluée par le client est significativement et

positivement corrélée à la dimension « engagement du client ». Les usagers qui se situent au stade de « précontemplation » dans leur processus de changement, c'est-à-dire qu'ils nient l'existence de leur problème de consommation et continuent de consommer ou ne prévoient pas amorcer un changement, s'engageraient plus difficilement dans la thérapie. Également, il semblerait que plus les usagers sont satisfaits des services reçus, meilleure serait la qualité de l'alliance thérapeutique développée avec leur thérapeute. Plus spécifiquement, les usagers plus satisfaits seraient plus engagés dans la thérapie individuelle, auraient plus de facilité à établir un consensus à propos des stratégies de travail et considèreraient le thérapeute comme plus compréhensif et impliqué.

Selon Cohen (1988), en science sociale, des coefficients de corrélation oscillant entre 0,10 et 0,23 peuvent être considérés comme faibles. De même, des coefficients oscillant entre 0,24 et 0,36 peuvent être qualifiés de moyens, alors que des coefficients supérieurs à 0,37 permettent de qualifier une relation forte. D'après ces critères, il est possible d'affirmer que la plupart des corrélations obtenues sont plutôt faibles, tandis que quelques associations sont de force moyenne. Afin d'évaluer si ces relations persistent lorsque d'autres variables possiblement influentes sont prises en compte, des analyses multivariées ont été effectuées. Ces analyses visent à déceler la présence de relation directe entre les variables indépendantes à l'étude et l'alliance thérapeutique ainsi que de déterminer la force de ces relations.

Les analyses de régression hiérarchique

Des analyses de régression hiérarchique visant à expliquer la variance de l'alliance thérapeutique et ses quatre dimensions à partir du profil de consommation, de l'état de santé mentale et des variables inter et intrapersonnelles ont été réalisées. Les variables sélectionnées pour composer les équations de régression sont celles qui ont été identifiées comme étant significativement corrélées à l'alliance thérapeutique. Étant donné les fortes intercorrélations entre les variables d'un même groupe (voir tableaux 4 et 5), les variables les plus fortement corrélées à l'alliance thérapeutique ont

été privilégiées dans ces équations. Il est à noter qu'étant donné que la sévérité de la consommation de drogues, la sévérité de la consommation d'alcool et la consommation d'hallucinogènes et d'inhalants sont faiblement corrélées entre elles (voir tableau 3), ces trois indicateurs du profil de consommation ont tous été insérés dans le modèle de régression de la dimension « capacité de travail du client », tandis que les variables relatives à la consommation de drogues et d'hallucinogènes/inhalants ont toutes deux été considérées dans tous les modèles. Par ailleurs, cette décision semble supportée par le fait qu'aucun problème de colinéarité n'a été observé entre les variables insérées dans ces équations de régression. Les tests statistiques montrent une tolérance toujours très supérieure à 0,2. Cette absence de multicollinéarité est aussi remarquée pour tous les modèles de régression qui seront présentés ultérieurement, à l'exception du modèle exposé à l'intérieur du tableau 13. Tel que mentionné précédemment, les groupes de variables ont été introduits dans les modèles selon cet ordre : variables interpersonnelles, variables intrapersonnelles, état de santé mentale, profil de consommation. Les tableaux 7 et 9 présentent les résultats obtenus pour chacun des deux temps de mesure. Ces tableaux contiennent les informations suivantes : les variations des coefficients de corrélation multiple (ΔR^2) et leur seuil de signification pour chacune des étapes d'insertion des modèles ainsi que les coefficients de corrélation (B), erreurs-types (SE), coefficients de corrélation standardisés (b) et seuil de signification de chacun des indicateurs pour les cinq modèles de régression hiérarchique finaux.

Tableau 7. Équations de régression hiérarchique visant à expliquer la variance de l'alliance thérapeutique et de ses quatre dimensions à partir des variables indépendantes mesurées au temps 1.

	ΔR^2	B final	SE final	b final
Modèle 1 : Capacité de travail du client				
Étape 1 : Soutien social (quantité)	0,022*	0,371	0,216	0,100
Étape 2 : Comp. autodestructeurs	0,012	-0,658	0,702	-0,056
Étape 3 : Drogues (sévérité)	0,066***	-7,435	0,488	-0,180**
Hallucinogènes / Inhalants		-0,623	0,631	-0,130*
Alcool (sévérité)		-0,116	0,125	-0,163**
Étape 4 : Durée traitement avant th. ind.	0,028**	-0,022	0,007	-0,169**
<i>Modèle final : F (6, 268) = 6,434***, R² = 0,128</i>				
Modèle 2 : Engagement du client				
Étape 1 : Drogues (sévérité)	0,055**	-4,517	0,201	-0,124*
Hallucinogènes / Inhalants		-4,551	0,485	-0,184**
Étape 2 : Durée en traitement avant th. ind.	0,001	-0,004	0,007	-0,038
<i>Modèle final : F (3, 268) = 5,275**, R² = 0,056</i>				
Modèle 3 : Consensus sur les stratégies de travail				
Étape 1 : Comp. autodestructeurs	0,017*	-1,162	0,778	-0,091
Étape 2 : Drogues (sévérité)	0,042**	-6,957	0,742	-0,155*
Hallucinogènes / Inhalants		-3,711	0,827	-0,123*
Étape 3 : Durée traitement avant th. ind.	0,001	-0,004	0,008	-0,030
<i>Modèle final : F (4, 268) = 4,214**, R² = 0,060</i>				
Modèle 4 : Compréhension et implication du thérapeute				
Étape 1 : Drogues (sévérité)	0,029*	-4,452	2,239	-0,121*
Hallucinogènes / Inhalants		-2,641	1,511	-0,107
Étape 2 : Durée traitement avant th. ind.	0,001	-0,003	0,007	-0,024
<i>Modèle final : F (3, 268) = 2,721*, R² = 0,030</i>				
Modèle 5 : Alliance thérapeutique globale				
Étape 1 : Comp. autodestructeurs	0,016*	-0,772	0,551	-0,084
Étape 2 : Drogues (sévérité)	0,064**	-3,970	1,293	-0,183**
Hallucinogènes / Inhalants		-5,135	1,941	-0,159**
Étape 3 : Durée traitement avant th. ind.	0,006	-0,007	0,006	-0,076
<i>Modèle final : F (4, 268) = 6,194***, R² = 0,086</i>				

* p < 0,05 ** p < 0,01 *** p < 0,001

Tous les modèles de régression permettent d'expliquer une partie de la variance de l'alliance thérapeutique et ses quatre dimensions (variances expliquées entre 3 % et 12,8 %). Le profil de consommation avant l'entrée en traitement est le groupe de variables qui explique une plus grande part de variance, soit 6,4 % de la variance de l'alliance thérapeutique globale et plus spécifiquement, de 2,9 % à 6,6 % de la variance de ses quatre dimensions. D'après Cohen (1988), des coefficients de corrélation oscillant entre 0,10 et 0,23 ($R^2 = 0,01$ à $0,05$) sont considérés comme faibles, des coefficients oscillant entre 0,24 et 0,36 ($R^2 = 0,05$ et $0,13$) peuvent être qualifiés de moyens, alors que des coefficients de corrélation de plus de 0,37 ($R^2 > 0,14$) sont obtenus lorsqu'une relation est forte. Ainsi, en se référant à ces critères, les résultats obtenus indiquent que le profil de consommation est de faiblement à moyennement lié à l'alliance thérapeutique, dépendamment des dimensions de l'alliance qui sont évaluées. D'ailleurs, le profil de consommation est le seul groupe de variables qui covarie avec l'alliance thérapeutique globale ainsi que les dimensions « engagement du client », « consensus sur les stratégies de travail » et « compréhension et implication du thérapeute » dans les équations finales. La sévérité de la consommation de drogues ainsi que la consommation d'hallucinogènes et d'inhalants sont les deux facteurs qui contribuent de façon significative à l'équation de régression finale pour toutes les dimensions, à l'exception de la dimension « compréhension et implication du thérapeute » où la sévérité de la consommation de drogues est la seule variable contributive. D'ailleurs, lorsque d'autres variables psychologiques ou interpersonnelles (telles que les comportements autodestructeurs et la quantité du soutien social perçu) sont insérées aux modèles (voir les dimensions « capacité de travail du client » et « consensus sur les stratégies de travail »), celles-ci ne sont plus associées à l'alliance thérapeutique lorsque le profil de consommation est pris en compte. Pour la dimension « capacité de travail du client », la sévérité de la consommation d'alcool est un facteur explicatif additionnel. De plus, la durée en traitement avant la thérapie individuelle permet d'expliquer 2,8 % de la variance de la capacité de travail du client et ce, au-delà des variables relatives à la consommation. Selon Cohen (1988), la force de cette relation est toutefois faible.

Somme toute, ces résultats signifient que plus la consommation d'alcool et de drogues des usagers est d'une gravité élevée, s'ils consomment des drogues telles les hallucinogènes et les inhalants et plus ils demeurent longtemps en traitement avant de débiter la thérapie individuelle, plus leurs capacités de travail lors de la thérapie individuelle seraient faibles.

Les équations de régression ont également permis de faire ressortir l'effet médiateur du profil de consommation sur la relation entre la détresse psychologique et l'alliance thérapeutique et entre le soutien social et la capacité de travail du client dans la thérapie. Les variables les plus distales par rapport au phénomène à l'étude, dans ce cas-ci la quantité du soutien social perçu et les comportements autodestructeurs, ne sont plus des facteurs explicatifs significatifs lorsque la variable la plus proximale (la consommation) est insérée dans l'équation. Autrement dit, la détresse psychologique et le soutien social covarient avec le profil de consommation, qui en retour est associé à l'alliance thérapeutique. Ces résultats n'ont toutefois pu être observés pour les dimensions « engagement du client » et « compréhension et implication du thérapeute » étant donné qu'aucune variable relative à l'état de santé mentale et aux relations interpersonnelles n'a été insérée dans ces deux modèles.

Les résultats obtenus pour la dimension « capacité de travail du client » indiquent que les comportements autodestructeurs ne contribuent pas de façon significative à l'explication de cette dimension de l'alliance thérapeutique lorsque la quantité du soutien social perçu est prise en compte. La logique d'insertion des variables, des plus distales aux plus proximales, devait permettre d'observer la présence d'effets de médiation. Dans ce cas-ci, il semble que c'est plutôt les variables interpersonnelles qui auraient un effet médiateur sur la relation entre les variables de détresse psychologique et le profil de consommation. Une nouvelle équation de régression a donc été réalisée en inversant l'ordre d'insertion des variables « quantité de soutien social perçu » et « comportements autodestructeurs ». Les résultats présentés dans le tableau 8 font ressortir que lorsqu'insérée seule, la variable « comportements autodestructeurs » explique une petite partie de la variance de la

capacité de travail du client (1,5 %). Toutefois, une fois que la quantité du soutien social perçu est considérée, cette variable ne contribue plus de façon significative à la variance expliquée. Un effet de médiation de la quantité du soutien social perçu sur la relation entre les comportements autodestructeurs et cette dimension de l'alliance thérapeutique serait ainsi observé. Pour cette dimension, les comportements autodestructeurs sont associés à la quantité du soutien social perçu, qui en retour est lié au profil de consommation, qui enfin covarie avec l'alliance thérapeutique. Les figures 1 et 2 illustrent les effets de médiation identifiés par les analyses.

Tableau 8. Vérification de l'effet médiateur de la quantité du soutien social perçu sur la relation entre les comportements autodestructeurs et la dimension « capacité de travail » de l'alliance thérapeutique.

	ΔR^2	B final	SE final	b final
Modèle 1 : Capacité de travail du client				
Étape 1 : Comp. autodestructeurs	0,015*	-1,287	0,714	-0,109
Étape 2 : Soutien social (quantité)	0,019*	0,511	0,224	0,138*
<i>Modèle final : $F(2, 268) = 4,694^*$, $R^2 = 0,034$</i>				

* $p < 0,05$

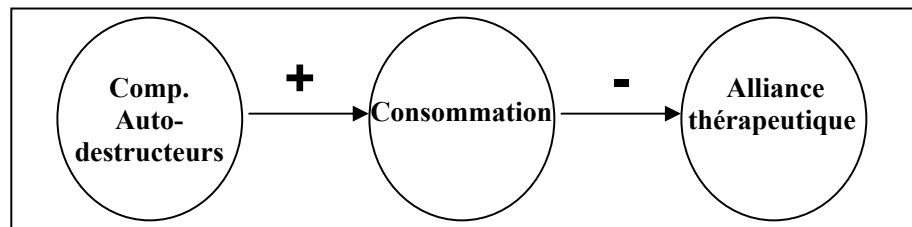


Figure 1. Effet médiateur de la consommation sur la relation entre les comportements autodestructeurs et l'alliance thérapeutique.

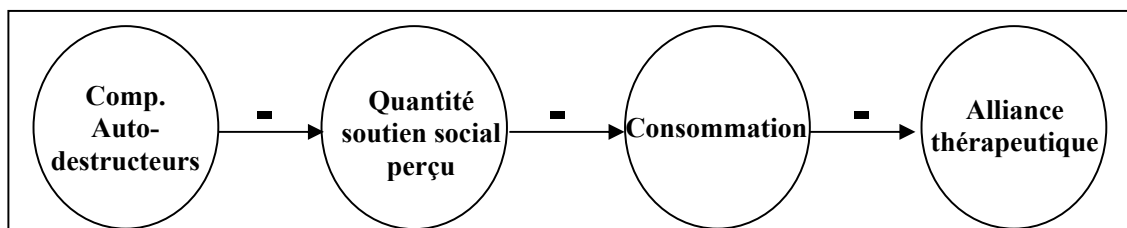


Figure 2. Effet médiateur de la quantité du soutien social perçu sur la relation entre les comportements autodestructeurs et la capacité de travail du client, ainsi que l'effet médiateur de la consommation sur la relation entre la quantité de soutien social perçu et cette même dimension de l'alliance thérapeutique.

Pour les prochaines analyses, ce sont les variables indépendantes évaluées lors de la thérapie de groupe (deuxième temps de mesure) qui ont été considérées dans les modèles de régression hiérarchique. Le détail des résultats est présenté dans le tableau 9.

Tableau 9. Équations de régression hiérarchique visant à expliquer la variance de l'alliance thérapeutique et ses quatre dimensions à partir des variables indépendantes mesurées au temps 2.

	ΔR^2	B	SE	b final
Modèle 1 : Capacité de travail du client				
Étape 1 : Troubles cognitifs	0,063***	-0,054	0,014	-0,228***
Étape 2 : Alcool (sévérité)	0,029*	-2,892	1,281	-0,137*
Amphétamine / Cocaïne		-1,178	0,695	-0,102
Étape 3 : Durée traitement avant th. ind.	0,038**	-0,024	0,008	-0,196**
<i>Modèle final : $F(4, 246) = 8,983***$, $R^2 = 0,129$</i>				
Modèle 2 : Engagement du client				
Étape 1 : Motivation (client)	0,026*	-1,189	0,649	-0,118
Satisfaction envers les services		0,116	0,096	0,078
Étape 2 : Troubles cognitifs	0,020*	-0,027	0,013	-0,132*
Étape 3 : Cannabis	0,022*	-1,609	0,665	-0,151*
Étape 4 : Durée traitement avant th. ind.	0,000	-0,002	0,007	-0,014
<i>Modèle final : $F(5, 247) = 3,597**$, $R^2 = 0,069$</i>				
Modèle 3 : Consensus sur les stratégies de travail				
Étape 1 : Satisfaction envers les services	0,038**	0,313	0,113	0,169**
Étape 2 : Troubles cognitifs	0,047***	-0,056	0,016	-0,219***
Étape 3 : Durée traitement avant th. ind.	0,001	-0,005	0,008	-0,035
<i>Modèle final : $F(3, 250) = 7,804***$, $R^2 = 0,075$</i>				
Modèle 4 : Compréhension et impl. du thérapeute				
Étape 1 : Satisfaction envers les services	0,045**	0,272	0,090	0,183**
Étape 2 : Troubles cognitifs	0,054***	-0,049	0,012	-0,236***
Étape 3 : Durée traitement avant th. ind.	0,003	-0,005	0,007	-0,050
<i>Modèle final : $F(3, 250) = 9,340***$, $R^2 = 0,102$</i>				
Modèle 5 : Alliance thérapeutique globale				
Étape 1 : Satisfaction envers les services	0,035**	0,209	0,079	0,161**
Étape 2 : Troubles cognitifs	0,056***	-0,042	0,011	-0,231***
Étape 3 : Cannabis	0,012	-1,053	0,568	-0,112
Étape 4 : Durée traitement avant th. ind.	0,009	-0,009	0,006	-0,095
<i>Modèle final : $F(4, 250) = 7,736***$, $R^2 = 0,112$</i>				
* $p < 0,05$ ** $p < 0,01$ *** $p < 0,001$				

Tous les modèles de régression permettent d'expliquer une partie de l'alliance thérapeutique et ses quatre dimensions (variances expliquées entre 6,9 % et 12,9 %).

Les troubles de la santé mentale, plus spécifiquement les troubles cognitifs, expliquent une plus grande part de variance comparés aux autres groupes de variables. Ils expliquent 5,6 % de la variance de l'alliance thérapeutique globale, plus spécialement, de 2 % à 6,3 % de la variance de ses quatre dimensions. D'ailleurs, ces troubles de la santé mentale covarient avec l'alliance thérapeutique au-delà des variables relatives à la consommation. D'après les critères de Cohen (1988), les troubles cognitifs seraient de faiblement à modérément associés à l'alliance thérapeutique, dépendamment des dimensions considérées.

Les variables de consommation évaluées lors de la thérapie de groupe sont quant à elles demeurées des facteurs contributifs à l'équation de régression finale pour deux dimensions de l'alliance seulement. Ce groupe de variables explique 2,9 % de la variance de la capacité de travail du client et 2,2 % de la variance de l'engagement du client dans la thérapie. La sévérité de la consommation d'alcool contribue significativement à l'équation de régression de la capacité de travail du client, tandis que la consommation de cannabis est un facteur explicatif de l'engagement du client. Selon Cohen (1988), la force de ces relations est toutefois faible.

La satisfaction des usagers envers les services obtenus depuis leur entrée en traitement explique 3,5 % de la variance de l'alliance thérapeutique globale et plus spécifiquement, 3,8 % de la variance de la dimension « consensus sur les stratégies de travail » et 4,5 % de la variance de la dimension « compréhension et implication du thérapeute ». Ces résultats signifient que plus les usagers sont satisfaits des services obtenus, plus ils auraient de la facilité à établir un consensus à propos des stratégies de travail avec le thérapeute et plus ils percevraient ce dernier comme étant compréhensif et impliqué lors de la thérapie individuelle. Ce facteur contribue significativement à l'explication de la variance même lorsque des variables plus proximales telles que les troubles cognitifs et la consommation sont prises en considération. Encore une fois,

d'après Cohen (1988), ces relations peuvent être considérées comme étant plutôt faibles.

Tout comme les équations de régression composées des variables indépendantes du premier temps de mesure, la durée passée en traitement avant la thérapie individuelle telle qu'évaluée au temps 2 est une variable qui permet d'expliquer une petite partie (3,8 %) de la variance de la dimension « capacité de travail du client ».

À prime abord, il semble que les variables intrapersonnelles ne soient pas associées au niveau d'engagement du client dans la thérapie individuelle lorsque la consommation de cannabis et les troubles cognitifs sont pris en considération. La première étape d'insertion du modèle permet toutefois de constater que la variance expliquée par ces variables est significative quoiqu'aucun de ces deux indicateurs ne contribuent à l'explication de cette variance. Ces résultats pourraient indiquer la présence d'un effet de redondance entre la motivation telle qu'évaluée par le client et leur niveau de satisfaction envers les services, c'est-à-dire que ces deux variables portent des informations qui sont redondantes et qui expliquent une part commune de la variance de l'alliance (Cohen & Cohen, 1975). Pour cette raison, ces mêmes analyses ont été reprises et divisées en deux équations de régression hiérarchique, une où seule la satisfaction envers les services était prise en compte et une où seule la motivation évaluée par le client était considérée (voir tableau 10).

Tableau 10. Vérification de la contribution de la satisfaction envers les services et de la motivation évaluées par le client à l'explication de la variance de l'engagement du client lorsque les troubles cognitifs, la consommation de cannabis et la durée passée avant le traitement individuel sont pris en compte.

	ΔR^2	B	SE	b final
Modèle 2a : Engagement du client				
Étape 1 : Satisfaction envers les services	0,016*	0,160	0,091	0,109
Étape 2 : Troubles cognitifs	0,018*	-0,025	0,013	-0,125*
Étape 3 : Cannabis	0,023*	-1,623	0,660	-0,153*
Étape 4 : Durée traitement avant th. ind.	0,000	-0,002	0,007	-0,022
<i>Modèle final : $F(5, 247) = 3,743^{**}$, $R^2 = 0,057$</i>				
Modèle 2b : Engagement du client				
Étape 1 : Motivation (client)	0,017	-1,393	0,627	-0,139*
Étape 2 : Troubles cognitifs	0,024	-0,029	0,013	-0,142*
Étape 3 : Cannabis	0,023	-1,613	0,666	-0,151*
Étape 4 : Durée traitement avant th. ind.	0,000	-0,001	0,007	-0,011
<i>Modèle final : $F(4, 247) = 4,127^{**}$, $R^2 = 0,064$</i>				
* $p < 0,05$ ** $p < 0,01$				

Les résultats indiquent que la satisfaction envers les services antérieurs à la thérapie individuelle n'est pas un facteur associé au niveau d'engagement du client au-delà de la variance expliquée par les troubles cognitifs et la consommation de cannabis. La motivation telle qu'évaluée par le client est quant à elle une variable intrapersonnelle qui covarie avec le niveau d'engagement du client même lorsque les troubles de la santé mentale et le profil de consommation sont pris en compte. Ainsi, les clients qui sont prêts à initier un changement dans leur comportement de consommation (stade de changement de participation) s'engageraient plus sérieusement dans la thérapie. La force de cette relation demeure toutefois faible (1,7% de variance expliquée).

Effet modérateur d'une problématique de santé mentale associée

Des analyses corrélationnelles bivariées et bisérielles de point ont à nouveau été réalisées entre les variables indépendantes mesurées lors du premier et du

deuxième temps de mesure et l'alliance thérapeutique globale ainsi que ses quatre dimensions pour le groupe d'usagers ayant une double problématique de troubles de la santé mentale et de toxicomanie. Pour les variables qui se sont avérées significativement corrélées à l'alliance thérapeutique, l'effet modérateur de l'appartenance à la sous-population « santé mentale » a été vérifié à l'aide d'analyses de régression.

Pour les variables indépendantes évaluées lors du premier temps de mesure, seule la consommation d'hallucinogènes et d'inhalants est significativement corrélée à l'alliance thérapeutique globale ($r = -0,277$, $p < 0,05$) ainsi qu'à la dimension « engagement du client » ($r = -0,317$, $p < 0,05$). Les analyses visant à vérifier l'effet modérateur d'une double problématique de troubles de la santé mentale et de toxicomanie sur la relation entre la consommation d'hallucinogènes et d'inhalants et l'alliance thérapeutique sont présentées à l'intérieur du tableau 11.

Tableau 11. Vérification de l'effet modérateur de la sous-population « santé mentale » sur la relation existante entre la consommation d'hallucinogènes et d'inhalants mesurée au temps 1 et l'alliance thérapeutique.

	B	SE	b final
Modèle 1 : Engagement du client			
Hallucinogènes / Inhalants	-5,506	1,885	-0,223**
Crise sociale	0,320	0,618	0,032
Hallucinogènes / Inhalants X Crise sociale	1,823	3,083	0,045
F = 3,927**			
R² = 0,043			
Modèle 2 : Alliance thérapeutique globale			
Hallucinogènes / Inhalants	-5,122	1,647	-0,236**
Crise sociale	0,828	0,540	0,094
Hallucinogènes / Inhalants X Crise sociale	2,110	2,694	0,059
F = 5,327**			
R² = 0,057			

** $p < 0,01$

Les termes d'interaction ne contribuent pas à l'explication de la variance de l'alliance thérapeutique globale et du niveau d'engagement du client dans la thérapie, il n'existe donc aucun effet de modulation. D'ailleurs, la consommation

d'hallucinogènes et d'inhalants est un facteur qui covarie avec l'alliance thérapeutique pour l'ensemble de l'échantillon à l'étude. Quoique ces résultats confirment l'existence d'une relation entre la consommation d'hallucinogènes/inhalants et l'alliance thérapeutique, en particulier pour la sous-population « santé mentale », cette relation ne serait pas différente pour les usagers qui ont une double problématique de toxicomanie et de troubles de la santé mentale.

Les prochains résultats concernent les variables indépendantes mesurées lors de la deuxième passation des questionnaires. Les analyses corrélationnelles montrent l'existence de corrélations significatives entre les troubles cognitifs et l'alliance thérapeutique globale ($r = -0,368$, $p < 0,05$), plus spécifiquement, des associations négatives sont observées avec la capacité de travail du client ($r = -0,324$, $p < 0,05$), sa facilité à établir un consensus à propos des stratégies de travail ($r = -0,320$, $p < 0,05$) et le niveau perçu de compréhension et d'implication du thérapeute ($r = -0,416$, $p < 0,01$). D'autres troubles de la santé mentale sont associés à la dimension « compréhension et implication du thérapeute » tels que la dépression ($r = -0,290$, $p < 0,05$) et les problèmes d'agressivité ($r = -0,396$, $p < 0,01$). Quoiqu'il en soit, seul l'effet modérateur de l'appartenance à la sous-population « santé mentale » sur la relation entre les troubles cognitifs et cette dimension a été évalué étant donné une plus forte corrélation entre ces deux variables. Il en est de même pour l'alliance thérapeutique globale étant donné une plus faible association avec les problèmes d'agressivité ($r = -0,396$, $p < 0,05$). Pour ce qui est de la dimension « consensus sur les stratégies de travail », une plus forte corrélation a été identifiée avec les problèmes d'agressivité ($r = -0,327$, $p < 0,05$), c'est donc sur cette relation que l'effet de modération a été vérifié.

Seul les termes d'interaction menant à la vérification de l'effet de modération d'une double problématique de toxicomanie et de troubles de la santé mentale sur la relation existante entre les troubles cognitifs et l'alliance thérapeutique est significatif et ce, pour la dimension « compréhension et implication du thérapeute » seulement (voir tableau 11). Étant donné que les troubles cognitifs covarient avec cette dimension

pour l'ensemble de l'échantillon, il n'est pas possible de conclure que ce facteur de l'alliance thérapeutique est unique aux usagers qui souffrent de troubles de la santé mentale. Toutefois, ces résultats indiquent que l'effet des troubles cognitifs sur le niveau de compréhension et d'implication du thérapeute tel que perçu par ce groupe d'utilisateurs serait plus important que pour les usagers du groupe de comparaison.

L'appartenance à la sous-population « santé mentale » serait également modératrice de la relation entre les problèmes d'agressivité et la dimension « consensus sur les stratégies de travail ». Pour l'ensemble de l'échantillon, l'effet de cette variable n'a pas été examiné à l'aide d'analyses de régression étant donné qu'elle n'était pas l'indicateur de santé mentale le plus fortement corrélé à cette dimension de l'alliance. Une corrélation significative a par contre été identifiée entre ces deux variables. Ainsi, comme pour les troubles cognitifs, les problèmes d'agressivité ne seraient pas des facteurs de l'alliance thérapeutique spécifiques à cette sous-population. L'influence de cette variable semblerait toutefois supérieure pour ce groupe d'utilisateurs.

Tableau 12. Vérification de l'effet modérateur d'une double problématique de toxicomanie et de troubles de la santé mentale sur la relation entre les troubles cognitifs ou les problèmes d'agressivité et l'alliance thérapeutique.

	B	SE	b final
Modèle 1 : Capacité de travail du client			
Troubles cognitifs	-0,072	0,028	-0,307*
Justice	-0,459	2,328	-0,032
Troubles cognitifs X Justice	0,049	0,046	0,166
Crise sociale	0,502	1,787	0,044
Troubles cognitifs X Crise sociale	0,028	0,035	0,112
F = 4,061**			
R² = 0,077			
Modèle 2 : Consensus sur les stratégies de Travail			
Problèmes d'agressivité	-0,116	0,035	-0,406**
Justice	-1,752	1,988	-0,114
Problèmes d'agressivité X Justice	0,108	0,052	0,268*
Crise sociale	-1,359	1,611	-0,109
Problèmes d'agressivité X Crise sociale	0,094	0,043	0,316*
F = 2,984*			
R² = 0,058			
Modèle 3 : Compréhension et implication du thérapeute			
Troubles cognitifs	-0,103	0,025	-0,500***
Justice	-1,880	2,013	-0,152
Troubles cognitifs X Justice	0,062	0,040	0,240
Crise sociale	-2,506	1,545	-0,251
Troubles cognitifs X Crise sociale	0,079	0,030	0,364*
F = 5,274***			
R² = 0,098			
Modèle 4 : Alliance thérapeutique globale			
Troubles cognitifs	-0,082	0,022	-0,454***
Justice	-2,001	1,767	-0,185
Troubles cognitifs X Justice	0,068	0,035	0,305
Crise sociale	-1,220	1,356	-0,139
Troubles cognitifs X Crise sociale	0,052	0,027	0,273
F = 5,152 ***			
R² = 0,095			

* p < 0,05 ** p < 0,01 *** p < 0,001

Les résultats révèlent également la présence de corrélations significatives entre la satisfaction envers les services reçus et l'alliance thérapeutique globale ($r = 0,385$, $p < 0,01$) ainsi que pour les dimensions « engagement du client » ($0,319$, $p < 0,05$),

« consensus sur les stratégies de travail » ($r = 0,381$, $p < 0,01$) et « compréhension et implication du thérapeute » ($r = 0,405$, $p < 0,01$) pour la sous-population « santé mentale ». La vérification d'un effet de modération d'une double problématique de toxicomanie et de troubles de santé mentale sur la relation entre la satisfaction envers les services et l'alliance thérapeutique met en évidence la présence d'un tel effet (voir tableau 13). Encore une fois, la satisfaction envers les services covarie avec l'alliance thérapeutique pour l'ensemble de l'échantillon. En ce sens, les résultats signifient que la satisfaction de la sous-population « santé mentale » envers les services reçus avant la thérapie individuelle aurait un effet plus important sur l'alliance thérapeutique globale et sur les dimensions « engagement du client », « consensus sur les stratégies de travail » et « compréhension et implication du thérapeute » en comparaison à la satisfaction envers les services du groupe de comparaison. Ce modèle doit toutefois être interprété avec nuance. Les valeurs des coefficients obtenus pour les variables relatives aux sous-populations et aux termes d'interaction dépassent l'intervalle dans lequel ces valeurs devraient normalement se situer (de -1 à 1). D'ailleurs, les tests statistiques montrent une tolérance très inférieure à 0,2, révélant la présence de multicollinéarité entre les variables du modèle.

Tableau 13. Vérification de l'effet modérateur de la sous-population « santé mentale » sur la relation existante entre la satisfaction envers les services mesurée au temps 2 et l'alliance thérapeutique.

	B	SE	b final
Modèle 1 : Engagement du client			
Satisfaction envers services	0,531	0,191	0,362**
Justice	15,431	9,341	1,264
Sat. services X Justice	-0,529	0,332	-1,220
Crise sociale	13,040	6,262	1,319*
Sat. services X Crise sociale	-0,451	0,223	-1,301*
F = 1,766			
R² = 0,035			
Modèle 2 : Consensus sur stratégies de travail			
Satisfaction envers services	0,925	0,236	0,500**
Justice	19,951	11,515	1,296
Sat. services X Justice	-0,660	0,410	-1,209
Crise sociale	22,838	7,719	1,832**
Sat. services X Crise sociale	-0,762	0,275	-1,746**
F = 4,101**			
R² = 0,078			
Modèle 3 : Compréhension et impl. du thérapeute			
Satisfaction envers services	0,758	0,188	0,511***
Justice	16,410	9,170	1,329
Sat. services X Justice	-0,539	0,326	-1,230
Crise sociale	18,460	6,147	1,846**
Sat. services X Crise sociale	-0,600	0,219	-1,714**
F = 4,873***			
R² = 0,091			
Modèle 4 : Alliance thérapeutique Globale			
Satisfaction envers services	0,649	0,165	0,499***
Justice	14,822	8,037	1,369
Sat. services X Justice	-0,481	0,286	-1,253
Crise sociale	17,203	5,387	1,962**
Sat. services X Crise sociale	-0,552	0,192	-1,799**
F = 4,914***			
R² = 0,091			

* p < 0,05 ** p < 0,01 *** p < 0,001

Vérification de la complémentarité des effets modérateurs

Étant donné que pour certaines dimensions de l'alliance thérapeutique, deux variables indépendantes évaluées au temps 2 (lors de la thérapie de groupe) sont influencées par l'effet modérateur de l'appartenance à la sous-population « santé mentale », des analyses de régression hiérarchiques ont été effectuées. La même logique d'insertion des variables a été conservée. Cette étape a permis de vérifier si les variables contribuaient de façon complémentaire à l'explication de la variance de l'alliance thérapeutique développée par les usagers de cette sous-population. Une première équation de régression comprend les variables de satisfaction envers les services et les problèmes d'agressivité pour expliquer la variance de la dimension « consensus sur les stratégies de travail ». Dans le deuxième modèle, ce sont la satisfaction envers les services et les troubles cognitifs qui ont été insérés dans l'équation de régression pour la dimension « compréhension et implication du thérapeute ». Le tableau 14 présente les résultats obtenus.

Tableau 14. Vérification de la complémentarité des effets modérateurs de la sous-population « santé mentale » sur les relations entre des variables indépendantes mesurées au temps 2 et les dimensions « consensus sur les stratégies de travail » et « compréhension et implication du thérapeute » de l'alliance thérapeutique.

	ΔR^2	B	SE	b final
Modèle 1 : Consensus sur les stratégies				
Étape 1 : Satisfaction envers les services	0,138**	0,796	0,379	0,303*
Étape 2 : Problèmes d'agressivité	0,035	-0,073	0,053	-0,200
<i>Modèle final : $F(2,47) = 4,716$, $R^2 = 0,173^*$</i>				
<i>N = 51</i>				
Modèle 2 : Compréhension et imp. du Thérapeute				
Étape 1 : Satisfaction envers les services	0,142**	0,604	0,270	0,300*
Étape 2 : Troubles cognitifs	0,096*	-0,079	0,033	-0,319*
<i>Modèle final : $F(2,47) = 7,024^{**}$, $R^2 = 0,238^{**}$</i>				
<i>N = 52</i>				

* $p < 0,05$ ** $p < 0,01$

Les résultats révèlent que le niveau de satisfaction des clients envers les services antérieurs à la consultation individuelle covarie avec le niveau de consensus établi à propos des stratégies de travail avec le thérapeute pour la clientèle ayant une problématique de santé mentale associée (variance expliquée de 13,8 %). Les problèmes d'agressivité évalués lors de la thérapie de groupe ne sont plus en mesure d'expliquer la variance de cette dimension de l'alliance thérapeutique lorsque le niveau de satisfaction des clients envers les services est pris en compte.

L'équation de régression qui concerne le niveau de compréhension et d'implication du thérapeute tel que perçu par les usagers de la sous-population « santé mentale » explique 23,8 % de la variance de cette dimension. Le niveau de satisfaction des usagers envers les services reçus avant l'entrée en traitement et les troubles cognitifs évalués lors de la thérapie de groupe sont les deux variables capables d'expliquer cette variance. Le niveau de satisfaction des clients envers les services est l'indicateur qui prime, expliquant 14,2 % de la variance de cette dimension.

Effet modérateur de l'appartenance à la sous-population « justice »

Les analyses corrélationnelles montrent des associations significatives entre la dimension « capacité de travail du client » et la sévérité de la consommation d'alcool ($r = -0,299$, $p < 0,05$), la dépression ($r = -0,338$, $p < 0,05$) ainsi que la satisfaction envers le soutien social perçu ($r = -0,319$, $p < 0,05$) en pré-traitement pour la clientèle judiciairisée. Également, la motivation telle qu'évaluée par le client est reliée à son engagement dans la thérapie ($r = 0,474$, $p < 0,05$). L'effet modérateur de l'appartenance à la sous-population « justice » sur ces relations a donc été vérifié (voir tableau 15).

Tableau 15. Vérification de l'effet modérateur de la sous-population « justice » sur la relation entre la sévérité de la consommation d'alcool, la dépression, la satisfaction du soutien social ainsi que la motivation évaluée par le client mesurées au temps 1 et l'alliance thérapeutique.

	B	SE	b final
Modèle 1 : Capacité de travail du Client			
Sévérité alcool	-4,754	2,281	-0,249*
Santé mentale	-2,595	2,031	-0,184
Sévérité alcool X Santé mentale	1,262	3,472	0,055
Crise sociale	-1,415	1,559	-0,125
Sévérité alcool X Crise sociale	3,426	2,755	0,199
F = 2,867*			
R² = 0,052			
Modèle 2 : Capacité de travail du Client			
Dépression	-0,084	0,035	-0,339*
Santé mentale	-7,536	3,885	-0,523
Dépression X Santé mentale	0,092	0,058	0,462
Crise sociale	-4,500	2,322	-0,397
Dépression X Crise sociale	0,086	0,042	0,454*
F = 3,018*			
R² = 0,052			
Modèle 3 : Capacité de travail du Client			
Satisfaction soutien social	1,565	0,702	0,326*
Santé mentale	8,024	4,075	0,570
Sat. s. social X Santé mentale	-2,536	0,977	-0,756*
Crise sociale	5,227	3,279	0,462
Sat. s. social X Crise sociale	-1,248	0,787	-0,485
F = 3,060*			
R² = 0,055			
Modèle 4 : Engagement du client			
Motivation (client)	1,886	0,847	0,384*
Santé mentale	7,549	2,975	0,498
Motivation (cl.) X Santé mentale	-2,513	1,122	-0,584*
Crise sociale	6,883	2,736	0,693*
Motivation (cl.) X Crise sociale	-2,640	1,023	-0,759*
F = 1,601			
R² = 0,053			

* p < 0,05 ** p < 0,01 *** p < 0,001

Les équations de régressions ont pu faire ressortir la présence d'un tel effet. Des effets de modérations ont été observés sur les relations entre la capacité de travail du client et la dépression ainsi que la satisfaction envers le soutien social perçu. De plus, aucune relation significative n'a été identifiée entre ces variables et l'alliance thérapeutique pour l'ensemble de l'échantillon. Ces résultats signifient que, contrairement au groupe de comparaison pour la dépression et contrairement à la sous-population « santé mentale » pour la satisfaction envers le soutien social perçu, ces deux variables covarient avec la capacité de travail dans la thérapie de la clientèle judiciairisée seulement. Les résultats ont également montré l'effet modérateur de cette double problématique de toxicomanie et de justice sur la relation entre la motivation du client et son niveau d'engagement dans la thérapie. D'ailleurs, ce lien semble unique aux usagers de la sous-population « justice ».

Les prochains résultats concernent les variables indépendantes mesurées lors de la deuxième passation des questionnaires. Des corrélations significatives ont été identifiées entre la sévérité de la consommation d'alcool et la dimension « capacité de travail du client » ($r = -0,292$, $p < 0,05$), ainsi que la consommation de cannabis ($r = -0,295$, $p < 0,05$) et l'engagement du client. Tel qu'indiqué dans le tableau 16, les termes d'interaction menant à la vérification de l'effet de modulation d'une double problématique de toxicomanie et de justice sur ces relations n'atteignent pas le seuil de signification ($p > 0,05$). D'ailleurs, les termes des variables indépendantes ne sont pas non plus significatifs, indiquant, contrairement aux corrélations, que ces variables n'ont aucun effet sur la variable dépendante pour la clientèle judiciairisée. Les seuils de signification des corrélations, quoique plus petits que 0,05, étaient très près de cette limite ($p = 0,044$ et $0,042$). Ce faisant, l'ajout des termes relatifs aux sous-populations et aux interactions pourrait expliquer que ces variables indépendantes ne soient plus significativement associées à l'alliance lorsqu'insérées dans les modèles de régression.

Tableau 16. Vérification de l'effet modérateur de l'appartenance à la sous-population « justice » sur la relation existante entre l'alliance thérapeutique et sévérité de la consommation d'alcool ainsi que la consommation de cannabis mesurés au temps 2.

	B	SE	b final
Modèle 1 : Capacité de travail du client			
Sévérité alcool	-4,759	2,717	-0,227
Santé mentale	-1,930	1,989	-0,137
Sévérité alcool X Santé mentale	0,192	4,014	0,007
Crise sociale	-0,611	1,509	-0,053
Sévérité alcool X Crise sociale	3,108	3,239	0,147
F = 3,046* R² = 0,060			
Modèle 2 : Engagement du client			
Cannabis	-2,413	1,388	-0,227
Santé mentale	-1,274	1,240	-0,104
Cannabis X Santé mentale	0,340	2,085	0,016
Crise sociale	-0,962	1,039	-0,097
Cannabis X Crise sociale	0,968	1,656	0,071
F = 1,596 R² = 0,032			

Vérification de la complémentarité des effets modérateurs

Étant donné que deux variables indépendantes mesurées lors du premier temps de mesure sont influencées par l'effet modérateur de l'appartenance à la sous-population « justice » pour la dimension « capacité de travail du client », des analyses de régression hiérarchiques ont été effectuées. Dans ce modèle, la satisfaction envers le soutien social et la dépression évaluées avant l'entrée en traitement ont été insérées afin d'expliquer la variance de la dimension « capacité de travail du client » pour la sous-population « justice ». Le tableau 17 présente les résultats obtenus.

Tableau 17. Vérification de la complémentarité des effets modérateurs de l'appartenance à la sous-population « justice » sur les relations entre des variables indépendantes mesurées au temps 1 et la capacité de travail du client.

	ΔR^2	B	SE	b final
Capacité de travail du client				
Étape 1 : Satisfaction soutien social	0,102*	0,983	0,726	0,201
Étape 2 : Dépression	0,043	-0,059	0,037	-0,238
<i>Modèle final : F (2, 54) = 4,391, R² = 0,144*</i>				
<i>N = 55</i>				

p < 0,05

Les résultats indiquent que lorsque la satisfaction envers le soutien social perçu et la dépression avant l'entrée en traitement sont insérées dans une même équation de régression, aucune de ces variables n'est en mesure d'expliquer la variance de la capacité de travail du client dans le modèle final. Ces deux variables sont significativement corrélées entre elles (voir tableau 4), indiquant un effet de redondance possible.

Interprétation des résultats

Cette étude avait pour but d'identifier les facteurs associés à l'alliance thérapeutique auprès d'une clientèle toxicomane suivie dans un centre de réadaptation pour alcoolisme et autres toxicomanies au Québec. L'influence de variables relatives au profil de consommation, l'état de santé mentale, la motivation, la satisfaction envers les services antérieurs à la consultation individuelle, le soutien social perçu et les pressions légales sur l'alliance thérapeutique a donc été examinée. L'étude visait également à vérifier si l'influence de ces variables différait en fonction des sous-populations à l'étude, c'est-à-dire, la clientèle judiciairisée, celle qui souffre de troubles de la santé mentale et celle qui n'a pas de double problématique (groupe de comparaison). En ce sens, les effets modérateurs de l'appartenance aux sous-populations « justice » et « santé mentale » ont été évalués. La première partie de cette section concerne les facteurs associés à l'alliance thérapeutique identifiés pour l'ensemble des toxicomanes qui composaient l'échantillon. Puis, les résultats relatifs aux effets de modulation seront discutés.

Facteurs associés à l'alliance thérapeutique

Les résultats obtenus font état de corrélations significatives entre l'alliance thérapeutique et différents indicateurs du profil de consommation, de l'état de la santé mentale, de la quantité du soutien social perçu, de la motivation évaluée par le client et de la satisfaction envers les services antérieurs à la thérapie individuelle. À la lumière de ces résultats, il semble que les trois groupes de variables (diagnostiques, interpersonnelles et intrapersonnelles) à l'étude seraient reliés à l'alliance thérapeutique. Par ailleurs, les études empiriques vont en ce sens en soulignant le petit impact des variables diagnostiques sur l'alliance thérapeutique et les associations modérées entre les variables inter et intra personnelles et l'alliance (Horvath, 1994; Meier, Barrowclough, & Donmall, 2005a). En effet, selon Cohen (1988), la force des corrélations identifiées peut être qualifiée de faible à moyenne (entre 0,116 et 0,258).

Afin d'évaluer l'apport unique de ces variables à l'explication de l'alliance thérapeutique, des analyses multivariées ont été réalisées. Les résultats obtenus indiquent qu'une partie de la variance de l'alliance est expliquée par les modèles de régression finaux, soit de 3 à 12,9%. D'après les critères de Cohen (1988), une part moyenne de variance est expliquée par la plupart des modèles, à l'exception d'une équation de régression. L'apport unique des variables insérées dans l'ensemble des modèles est de faible à moyen, dépendamment des variables et des dimensions considérées.

Cette partie de la variance serait expliquée principalement par le profil de consommation des participants avant leur entrée en traitement, leur état de santé mentale, plus spécifiquement la sévérité de leurs troubles cognitifs, lors de la thérapie de groupe ainsi que par leur satisfaction envers les services reçus avant la thérapie individuelle. D'autres variables sont plus marginalement associées à l'alliance, soit le niveau de motivation des clients au moment de la thérapie de groupe pour la dimension « engagement dans la thérapie » et le soutien social pour la dimension « capacité de travail du client ». Finalement, il est à noter qu'aucun lien n'a été observé entre les pressions légales et l'alliance. Afin de mieux comprendre en quoi ces variables influencent ou non l'alliance thérapeutique, les résultats référant à chacune d'elle seront discutés.

Profil de consommation

Plusieurs corrélations ont été identifiées entre les différents indicateurs du profil de consommation des participants en pré-traitement et l'alliance thérapeutique. Les corrélations les plus fortes et constantes en fonction des dimensions de l'alliance concernent la sévérité de la consommation de drogues et la consommation d'hallucinogènes et d'inhalants. D'ailleurs, ces indicateurs sont capables d'expliquer une partie de la variance de chacune des dimensions de l'alliance thérapeutique (à l'exception de la dimension « compréhension et implication du thérapeute » pour la

consommation d'hallucinogènes et d'inhalants). La sévérité de la consommation d'alcool est également un facteur qui contribue significativement à l'équation de régression de la dimension « capacité de travail du client ». Le profil de consommation réévalué lors de la thérapie de groupe n'est toutefois plus un facteur de l'alliance thérapeutique aussi présent. Seuls deux indicateurs, la sévérité de la consommation d'alcool et la consommation de cannabis, sont associés à l'alliance thérapeutique. La discussion portant sur le profil de consommation sera donc divisée en deux parties représentatives des deux temps de mesure : avant l'entrée en traitement et lors de la thérapie de groupe.

Avant l'entrée en traitement

Le profil de consommation en pré-traitement est le seul groupe de variables qui permet d'expliquer une partie de la variance de l'alliance thérapeutique et de ses quatre dimensions dans les équations de régression finales. Ce résultat est en contradiction avec la plupart des études qui n'ont pas montré de liens significatifs entre l'alliance thérapeutique et la consommation (Luborsky et al., 1996; Belding et al., 1997; Barber et al., 1999; De Weert-Van Oene et al., 1999; Meier et al., 2005a, 2005b). Une différence quant aux mesures de la consommation et quant aux populations toxicomanes à l'étude pourrait expliquer cette contradiction. Dans la présente étude, la sévérité de la consommation a été évaluée de façon approfondie à l'aide de l'Indice de gravité d'une toxicomanie (IGT), un instrument d'évaluation qui couvre l'ensemble des substances psychoactives. D'ailleurs, la nature de la consommation a aussi été considérée, c'est-à-dire que l'impact de la consommation de substances spécifiques sur l'alliance thérapeutique a été examiné. Finalement, l'échantillon à l'étude porte sur une clientèle toxicomane qui démontre des profils de consommation diversifiés plutôt que de se limiter aux problèmes d'abus ou de dépendance à une seule substance spécifique. La sévérité de la consommation de drogues et la consommation d'hallucinogènes et d'inhalants sont les deux facteurs les plus fortement associés à l'alliance thérapeutique et à ses quatre dimensions.

Une consommation de drogues plus sévère pourrait exacerber les effets délétères et les conséquences liés à la prise de psychotropes déjà observés chez la population toxicomane. D'abord, la réduction ou l'arrêt de la consommation de psychotropes qui s'opère tout au long de la thérapie entraînerait une perte des plaisirs directement attribuables à l'action de la substance sur le cerveau et un état de manque qui peut être douloureux pour les toxicomanes (Nadeau & Biron, 1998; Buclin, 2001; Véléa, 2005; Richard, 2007). En diminuant ou cessant leur consommation, les toxicomanes sont également appelés à perdre des stimuli environnementaux positifs liés à leur mode de vie marginal (réseau social, lieux fréquentés, habitude et rituel, etc.). D'ailleurs, il semble que les toxicomanes qui entament un traitement ne désirent pas nécessairement cesser leur consommation mais plutôt agir sur les problèmes de toutes sortes qui l'accompagnent (Onken, Blaine, & Boren, 1997). Les effets positifs immédiats de la consommation de psychotropes pèsent lourd dans la balance décisionnelle des toxicomanes comparés au soutien et aux renforcements positifs que leur procure leur entourage ainsi que le thérapeute (Onken, Blaine, & Boren, 1997). Finalement, la consommation chronique et prolongée de drogues ainsi que le mode de vie marginal des consommateurs a pu avoir de nombreuses conséquences néfastes sur eux et leur environnement. En effet, la toxicomanie est une problématique qui a des répercussions néfastes importantes sur la santé physique et mentale, les relations interpersonnelles, la situation professionnelle et économique ainsi qu'au niveau légal (Nadeau & Biron, 1998; Comité permanent de lutte à la toxicomanie, 2004; Rehm et al., 2006; Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, 2007).

Ainsi, plus la consommation de drogues des usagers est sévère, plus la perte des plaisirs et stimuli environnementaux positifs et l'état de manque risquent d'être importants au moment où ils diminueront ou cesseront de consommer. De plus, plus la consommation des usagers est d'une gravité élevée, plus ces derniers risquent d'avoir adopté des modes de vie marginaux au cours des périodes où ils ont consommé et plus les conséquences négatives liées à ce mode de vie et à cette consommation risquent d'être sérieuses. En ce sens, plus sévère est le profil de

consommation des usagers, plus ils risquent de ressentir ces effets néfastes ou vivre d'autres problèmes au moment du traitement, ce qui pourrait davantage nuire à leur capacité à travailler efficacement tout au long de la thérapie. Ces clients seraient ainsi plus préoccupés par d'autres problèmes et plus découragés quant aux possibilités de changement, donc moins réceptifs à la thérapie. Également, les renforcements positifs ou négatifs qui incitent à la consommation (plaisirs, stimuli positifs, état de manque) pourraient engendrer une ambivalence face au changement chez les usagers. Ces renforcements risquent par ailleurs d'occuper une place de plus en plus centrale dans la vie des toxicomanes plus leur consommation de drogues est sévère, ce qui pourrait ainsi exacerber leur ambivalence à modifier leurs comportements d'addiction, d'où leur plus grande difficulté à s'engager dans la thérapie et leur moins grande collaboration au moment d'établir un consensus à propos des stratégies de travail. Aussi, plus les usagers sont ambivalents, plus ils peuvent se sentir incompris par le thérapeute.

Selon Landry, Lamarche, Boislard et Nadeau (1994), les études empiriques qui ont porté sur l'étiologie de l'alcoolisme et des autres toxicomanies ont permis de faire ressortir trois principales conclusions. La première concerne la difficulté dans le domaine de la toxicomanie de départager les causes des conséquences. Les nombreux problèmes physiques, mentaux, sociaux, relationnels, environnementaux et légaux qui sont associés à la toxicomanie sont donc susceptibles d'affecter les usagers avant même qu'ils aient développé une dépendance aux substances. Face à des conditions ou situations de vie difficiles ainsi que des états précaires de santé physique et psychologique, certains individus ont pu recourir à la consommation de psychotropes afin d'alléger, du moins temporairement, leur souffrance (Nadeau & Biron, 1998; Richard, 2007). Les deux autres conclusions concernent le caractère multifactoriel de la toxicomanie et l'adoption d'une vision biopsychosociale intégrative de l'ensemble des facteurs impliqués dans l'explication de la dépendance ou de l'abus aux substances (Landry, Lamarche, Boislard et Nadeau, 1994). Ainsi, pour chacune des dimensions biologiques, psychologiques et sociales, plusieurs facteurs de risque associés à la toxicomanie expliquent la plus grande vulnérabilité

de certains individus à développer des troubles addictifs (Hawkins, Catalano & Miller, 1992; Landry, Lamarche, Boislard, & Nadeau, 1994; Nadeau & Biron, 1998; Véléa, 2005).

Or, plus la consommation de drogues est sévère, plus ces problèmes antérieurs à l'initiation aux drogues et plus les facteurs de risque associés à ce comportement addictif risquent d'être nombreux et importants, et par le fait même plus ces consommateurs auraient de la difficulté à établir une relation de collaboration avec le thérapeute au moment d'un traitement. D'abord, il est possible que les difficultés vécues par les toxicomanes soient responsables d'une multitude de facteurs qui, en plus d'inciter à la consommation, nuisent au développement de l'alliance thérapeutique tels qu'une faible estime de soi (Saunders, 2001; Meier et al., 2005b), des habiletés sociales plus déficitaires (Mallinckrodt et al., 1995), des stratégies de résolution de problèmes moins adaptées (Santiago et al., 2002; Meier et al., 2005b), de la résistance (Gaston et al., 1988), une difficulté à avoir confiance en autrui (Klinkenberg et al., 1998), etc. De plus, les facteurs de risque qui rendent un individu plus vulnérable à la toxicomanie sont aussi des facteurs susceptibles de nuire à la formation de l'alliance thérapeutique. En effet, l'alliance thérapeutique étant un concept qui s'intéresse aux interactions humaines, la façon dont le client et le thérapeute interagissent entre eux dépend de multiples facteurs qui agissent dans plusieurs sphères de leur vie tels que l'attachement avec les parents (Mallinckrodt et al., 1995; Meier et al., 2005b; Goldman & Anderson, 2007), le soutien social (Mallinckrodt, 1991; Connors et al., 2000; Meier et al., 2005b), des événements de vie traumatisants (Marmar et al., 1989), la personnalité (Hersoug et al., 2002), etc. En ce sens, tout comme pour la toxicomanie, l'alliance thérapeutique est influencée par un ensemble de facteurs biopsychosociaux. Autrement dit, selon ce point de vue, la consommation de drogues nuit à l'établissement d'une bonne alliance thérapeutique étant donné la présence de facteurs de risque dans la vie des usagers qui sont communs à ces deux phénomènes.

La consommation d'hallucinogènes et d'inhalants est un type spécifique de drogues qui explique une partie de la variance de la capacité de travail des usagers, de leur engagement dans la thérapie individuelle ainsi que du niveau de consensus atteint à propos des stratégies de travail. Les conséquences de ces substances tant sur le plan physique que psychologique sont très graves (Véléa, 2005; Richard, 2007). Des perturbations psychiques durables sont d'ailleurs observées chez les consommateurs de ces deux types de substances. La consommation d'hallucinogènes s'accompagne régulièrement de flash-back où l'expérience hallucinatoire est revécue sans que la substance n'ait été reconsommée (Richard, 2007). L'inhalation de solvants quant à elle entraîne des maux de tête, des troubles de la mémoire, des troubles de l'attention, des troubles sensoriels divers, des troubles de comportements, des tremblements, etc. (Véléa, 2005; Richard, 2007). Les séquelles sérieuses engendrées par la consommation de ces substances pourraient expliquer les plus faibles capacités de travail pendant la thérapie individuelle dont font preuve les clients qui en consomment. De plus, la facilité d'accès et le moindre coût des inhalants (colles, carburants, liquides nettoyant, diluants à peinture, aérosols, etc.) laissent supposer que les individus qui les consomment vivent dans des milieux socioéconomiques plus pauvres (soit par manque d'éducation, par un appauvrissement qui résulte des coûts associés à la consommation, etc.) (Richard, 2007; Véléa, 2005). D'ailleurs, la pauvreté est associée à plusieurs autres problématiques (abus de toutes sortes, situation familiale difficile, détresse psychologique, etc.) (Légaré, Lebeau, Boyer, & St-Laurent, 1995; Blakely, Hales, Kieft, Wilson, & Woodward, 2005) qui sont susceptibles d'influencer l'alliance thérapeutique.

La sévérité de la consommation d'alcool ajoute à l'explication de la variance de la capacité de travail du client. Les conséquences néfastes permanentes fréquemment observées suite à une consommation chronique et abusive d'alcool pourraient expliquer les plus faibles capacités de travail dans la thérapie individuelle des usagers dont la consommation d'alcool est plus sévère. Certaines des maladies physiques qui découlent d'une consommation prolongée d'alcool poursuivent leur

évolution même après la cessation ou réduction de la consommation, ce qui alourdit le pronostic des personnes concernées et rend plus difficile leur prise en charge (Richard, 2007). La consommation chronique d'alcool peut même provoquer des lésions cérébrales importantes qui entraînent des perturbations de la conscience et des fonctions cognitives (Véléa, 2005). Ainsi, plus sévère est la consommation d'alcool, plus les conséquences de cette consommation risquent d'être nombreuses et graves, ce qui pourrait en ce sens expliquer les plus faibles capacités de travail de ces usagers.

Pendant la thérapie de groupe

La diminution de l'influence du profil de consommation sur l'alliance thérapeutique pourrait tout simplement s'expliquer par le fait que les usagers ont réduit leur consommation. Les toxicomanes qui étaient prêts au changement dès l'entrée en traitement ont probablement cessé ou commencé à réduire leur consommation dès leurs premiers contacts avec le centre de réadaptation. Pour d'autres clients, la phase d'évaluation et la thérapie de groupe ont pu favoriser une prise de conscience quant à la sévérité réelle de leur consommation ainsi que des conséquences associées, les sensibiliser aux effets néfastes à long terme de la consommation et soulever une réflexion par rapport à leur problématique de consommation. D'ailleurs, les intervenants sondés par Ménard et Hamel-Jutras (1998) soulignent que l'évaluation des clients basée sur l'Indice de gravité d'une toxicomanie (IGT) a un impact positif sur ces derniers. D'abord, les clients se sentent considérés par les intervenants et cette étape sécurise plusieurs d'entre eux. Les intervenants ajoutent que cette évaluation est pour les clients une occasion de réflexion, de bilan et de prise de conscience face à leur problématique de consommation et les conséquences qu'elle engendre.

De plus, plusieurs thérapeutes considèrent que la thérapie de groupe est une formule intéressante puisqu'elle permet aux participants de s'identifier à des personnes qui ont des problèmes similaires, de briser l'isolement et de leur redonner

un sentiment d'espoir (Roberts & Ogborne, 1999). Cette première démarche thérapeutique entreprise par la grande majorité des usagers de cet échantillon avant la thérapie individuelle pourrait donc être à la source d'une réduction de la consommation et ainsi de son influence sur l'alliance thérapeutique.

Comme pour le premier temps de mesure, la sévérité de la consommation d'alcool évaluée pendant la thérapie de groupe reste un facteur significatif de la capacité de travail du client en consultation individuelle. Tel que mentionné précédemment, l'évolution continue des maladies parfois causées par l'alcoolisme, même après avoir cessé de consommer, pourrait expliquer cette persistance. La consommation de cannabis en pré-traitement était associée à l'alliance thérapeutique. Toutefois, cette variable n'a pas été insérée dans les modèles de régression hiérarchique étant donné une plus forte corrélation entre la sévérité de la consommation de drogues et l'alliance thérapeutique. Afin d'éviter des effets de redondance, une seule de ces deux variables devait être sélectionnée. Lors du deuxième temps de mesure, seule la consommation de cannabis se trouve associée au niveau d'engagement du client dans la thérapie. D'ailleurs, la consommation de cette substance s'avère un facteur significatif de l'alliance thérapeutique au-delà des troubles cognitifs et de la motivation du client. La consommation chronique de cannabis peut entraîner des manifestations psychiques dont un manque chronique de motivation. Le « syndrome amotivationnel » rapporté par des consommateurs de cannabis chroniques et réguliers se caractérise par l'apathie, la fatigue, des troubles cognitifs tels des difficultés de concentration et de mémorisation, une indifférence affective et un appauvrissement de la vie relationnelle (Véléa, 2005; Richard, 2007; Verdoux & Tournier, 2007; Reynaud-Maurupt, 2009). Plus la consommation des usagers de cannabis est sévère, plus ils risquent de présenter ce genre de symptômes et ils seraient alors beaucoup moins enclins à s'engager de façon active dans la thérapie.

L'état de santé mentale

Un des objectifs de l'étude était de vérifier l'impact de troubles spécifiques de la santé mentale sur la qualité de l'alliance thérapeutique. Les résultats indiquent que, contrairement à la sévérité des problèmes psychologiques, des troubles spécifiques de la santé mentale tels que la dépression, l'anxiété, l'agressivité, les troubles cognitifs et les comportements autodestructeurs sont significativement corrélés à l'alliance thérapeutique. Ces résultats appuient Eaton et ses collaborateurs (1988) qui considéraient que les études portant sur les facteurs de l'alliance thérapeutique devraient plutôt s'intéresser à l'impact de symptômes spécifiques sur l'alliance plutôt que de se limiter à la symptomatologie globale. D'ailleurs, ces résultats corroborent ceux obtenus par d'autres études qui ont identifiés un lien significatif entre l'alliance et divers troubles de la santé mentale, entre autre la dépression (Marziali, 1984; Eaton et al., 1988; Joyce & Piper, 1998; Connors et al., 2000; Meier et al., 2005b) et l'anxiété (Eaton et al., 1988; Meier et al., 2005b) (voir aussi Eaton et al., 1988; Kokotovic & Tracey, 1990; Couture, Roberts, Penn et al., 2006; Garner, Godley, & Funk, 2008 pour d'autres symptômes spécifiques associés à l'alliance).

Au premier temps de mesure, seuls les comportements autodestructeurs sont associés à l'alliance thérapeutique, plus spécifiquement à la capacité de travail du client et au niveau de consensus établi à propos des stratégies de travail. Au temps 2, les associations entre les différents troubles de la santé mentale et l'alliance thérapeutique sont beaucoup plus nombreuses. Les troubles cognitifs sont ceux les plus fortement corrélés à toutes les dimensions de l'alliance thérapeutique. Aucune étude parmi celles recensées n'a investigué l'impact de ces deux types de troubles de la santé mentale sur l'alliance thérapeutique. Les résultats obtenus seront discutés dans les deux sections suivantes.

Avant l'entrée en traitement

Les comportements autodestructeurs en pré-traitement ne covarient plus avec l'alliance thérapeutique lorsque le profil de consommation est pris en considération. Ces résultats appuient d'autres études qui ont également constaté que l'influence de la santé mentale n'est plus significative lorsque d'autres variables inter et intra personnelles sont prises en considération (Joyce & Piper, 1998; Klinkenberg, Calsyn, & Morse, 1998; Hersoug, Monsen, Havik, & Hoglend, 2002; Meier et al., 2005b; Garner, Godley, & Funk, 2008). Les analyses de régression hiérarchique ont toutefois permis de faire ressortir un résultat intéressant, soit l'effet médiateur de la consommation sur la relation entre les comportements autodestructeurs et l'alliance thérapeutique. Ainsi, les usagers qui adoptent des comportements autodestructeurs auraient un profil de consommation plus sévère, ce qui en retour nuirait à la formation de l'alliance thérapeutique.

Les troubles de la santé mentale sont des facteurs de risque de la toxicomanie fréquemment mentionnés dans la littérature. La concomitance de ces deux troubles a atteint par ailleurs des taux de prévalence élevés (Mercier et Beaucage, 1997; Nadeau & Biron, 1998; Nadeau, 2001a, 2001b; Comité permanent sur les troubles concomitants, 2005). Encore une fois, il est difficile de statuer sur la causalité de cette relation, les troubles de la santé mentale étant soit la cause, en concomitance ou la conséquence de la toxicomanie. Le rôle d'automédication joué par la prise de psychotropes chez les usagers déjà atteints d'un trouble de la santé mentale, la présence d'un facteur étiologique commun ou les désordres neurophysiologiques induits par la consommation de psychotropes sont dès lors trois explications possibles (Nadeau & Biron, 1998; Nadeau, 2001a, 2001b). Peu importe la séquence d'apparition, la consommation de psychotropes pairée d'un trouble de la santé mentale alourdit le tableau clinique des clients (Nadeau & Biron, 1998; Nadeau, 2001a, 2001b). L'effet médiateur de la consommation sur la relation entre les comportements autodestructeurs et l'alliance thérapeutique observé dans la présente recherche va dans le même sens. Autrement dit, la consommation de drogues viendrait exacerber l'impact négatif des comportements autodestructeurs sur la

capacité de travail du client et sa facilité à établir un consensus à propos des stratégies de travail. Le lien entre le suicide et la consommation de psychotropes est par ailleurs bien établi (Payette & Tousignant, 1998; Duhamel, 2007). Les cas de suicide s'accompagnent de troubles reliés aux substances psychoactives dans une proportion de 30 à 50 % (Payette & Tousignant, 1998).

Pendant la thérapie de groupe

Dans les cas où les troubles de la santé mentale sont des conséquences de la consommation, la diminution de la sévérité de la consommation qui risque de s'opérer tout au long du traitement entraînera probablement une réduction de la sévérité des troubles de la santé mentale (Nadeau, 2001a, 2001b). Par contre, si les problèmes mentaux persistent au-delà de la consommation, il est probable que ceux-ci soient apparus avant même qu'une dépendance aux substances se soit développée. Les usagers qui souffrent toujours de troubles de la santé mentale lors de la thérapie de groupe, même après avoir diminué leur consommation, sont donc plus à risque de présenter un profil psychiatrique plus lourd caractérisé par des psychopathologies plus sévères et chroniques. D'ailleurs, comme le mentionne Nadeau (2001a), les individus qui souffrent de troubles mentaux sévères et persistants sont plus vulnérables à développer des troubles liés aux substances. En ce sens, ces derniers seraient beaucoup plus affectés par les troubles mentaux dont ils souffrent, ce qui aurait des répercussions néfastes sur toutes les dimensions de l'alliance thérapeutique.

Il est possible que pour certains usagers, une réduction de la consommation fasse ressortir des malaises psychiques et des symptômes autrement masqués par les effets plaisants des drogues sur le cerveau. Il se peut également que les effets désagréables induits par les symptômes de sevrage et l'état de manque entraînent l'apparition temporaire de symptômes associés à certains troubles psychologiques ou de l'humeur (insomnie, pensées suicidaires, découragement, etc.) (Nadeau & Biron, 1998; Buclin, 2001). La perte des stimuli positifs associés à la consommation de

drogues (plaisir engendré par les effets des drogues sur le cerveau, mode de vie festif, etc.) pourrait aussi induire des états psychiques ou émotionnels qui s'apparentent aux symptômes associés à ces troubles.

Les troubles cognitifs sont les indicateurs de la santé mentale les plus fortement corrélés à l'alliance thérapeutique. Ces troubles permettent d'ailleurs d'expliquer une partie de la variance de la capacité de travail du client, du niveau d'engagement dans la thérapie, de la capacité à établir un consensus à propos des stratégies de travail et de la perception du niveau de compréhension et d'implication du thérapeute. Les troubles cognitifs se manifestent essentiellement par des problèmes qui touchent l'attention, la mémoire et le jugement (Ferreri, 2004), des fonctions cognitives qui sont très sollicitées par le travail thérapeutique.

Soutien social

Les études empiriques révèlent que le fonctionnement social serait un facteur associé de façon constante à l'alliance thérapeutique. Un indicateur du fonctionnement social considéré par certains auteurs est le soutien social, qui s'est d'ailleurs avéré significativement relié à l'alliance (Gaston et al., 1988; Mallinckrodt, 1991; Connors et al., 2000; Meier et al., 2005b; Garner, Godley, & Funk, 2008). Dans la présente étude, le soutien social est associé à une seule dimension de l'alliance thérapeutique soit la capacité de travail du client. Cette variable n'est toutefois plus en mesure d'influencer cette dimension de l'alliance thérapeutique quand le profil de consommation est pris en considération. L'effet de médiation du soutien social sur la relation entre les comportements autodestructeurs et l'alliance thérapeutique offre toutefois une piste permettant de mieux comprendre le rôle joué par le soutien social dans la formation de l'alliance thérapeutique. Ainsi, l'impact des comportements autodestructeurs sur la consommation et par la suite sur l'alliance thérapeutique serait influencé par la perception des usagers quant à la quantité du soutien social dont ils bénéficient.

Les études en santé mentale font état de liens forts entre la prévalence et la sévérité des symptômes psychiatriques et la qualité du soutien social disponible (Caron & Guay, 2005). Des modèles se rapportant aux effets directs et indirects du soutien social sur la santé mentale sont proposés afin d'expliquer cette relation. D'abord, le lien direct indique que, même en l'absence d'événements ou de situations de vie stressants, plus le soutien social dont bénéficient les individus est étendu, meilleure est leur santé mentale (Boucher & Laprise, 2001; Caron & Guay, 2001). L'étude de Légaré, Lebeau, Boyer et St-Laurent (1995) abonde en ce sens en indiquant une augmentation de la détresse psychologique en présence d'un indice faible de soutien social. Plus spécifiquement, la prévalence des pensées suicidaires augmenterait chez les individus qui ne sont pas satisfaits du soutien social dont ils bénéficient. En ce sens, les usagers qui adoptent des comportements autodestructeurs possèderaient moins de soutien social.

Selon la conception de Sarason, Pierce et Sarason (1990) exposée précédemment, les individus qui éprouvent une grande détresse psychologique développeraient un sentiment de support (sentiment d'être bien soutenu socialement) et un sentiment d'acceptation (sentiment d'être accepté par autrui) plus négatifs qui se manifesteraient dans tous contextes sociaux au cours de leur vie. Ces individus risquent donc de développer de moins bonnes habiletés interpersonnelles, une image de soi plus négative, de moins grandes attentes en ce qui à trait aux interactions sociales et d'être moins confiants. Également, les individus qui bénéficient moins de soutien social sont moins expérimentés socialement, ce qui peut conduire au développement de compétences sociales plus déficitaires (Mallinckrodt, 1996; Meier et al., 2005b). En ce sens, les usagers qui adoptent des comportements autodestructeurs ont moins de soutien social et seraient donc moins compétents socialement, d'où leur profil de consommation plus sévère et leur plus faibles capacités de travail dans la thérapie individuelle.

L'effet indirect du soutien social, ou « effet tampon », réfère au rôle de facteur de protection que peut jouer le soutien social (Boucher & Laprise, 2001;

Caron & Guay, 2005). Autrement dit, face à un événement et/ou une situation de vie stressant, une meilleure santé mentale est maintenue chez les individus qui possèdent un bon soutien social. En ce sens, il serait plus difficile pour les individus qui souffrent de troubles de santé mentale de faire face à ce genre de situation en l'absence de soutien social, ce qui les pousseraient ainsi à adopter des stratégies de résolution de problèmes inadaptées telle la consommation de drogues. En retour, cette consommation de drogues, pour les différentes raisons mentionnées précédemment, nuirait à la capacité de travail du client dans la thérapie.

Les pressions légales

Les résultats obtenus indiquent que les pressions légales subies par les usagers suivis au centre de réadaptation Domrémy-Montréal n'influencent pas la qualité de l'alliance thérapeutique qu'ils ont développée avec le thérapeute. L'influence de ces pressions sur la décision des usagers à entamer un traitement n'a pas non plus d'impact sur l'alliance thérapeutique.

Aucune étude n'a pu être recensée à propos de l'influence de la pression légale sur l'alliance thérapeutique auprès d'une population toxicomane. Toutefois, les résultats corroborent ceux obtenus par Sanchez (2006) dans son étude effectuée auprès de délinquants sexuels où aucun effet significatif du statut judiciaire sur l'alliance thérapeutique n'a pu être identifié. Certains doutes ont été émis en faveur de l'impact négatif des pressions légales sur le climat de confiance, la relation d'aide et le respect de la confidentialité nécessaires à la collaboration entre le client et le thérapeute (Brochu & Drapeau, 1997; Hall, 1997; Brochu & Schneeberger, 1999, 2001). Si ces effets négatifs des pressions légales sont bien réels, il est possible que la thérapie de groupe ait contribué à atténuer ces effets. D'ailleurs, certains auteurs sont d'avis que les pressions légales offrent la motivation extrinsèque nécessaire afin d'assurer l'entrée et le maintien en traitement des clients, permettant ainsi au thérapeute de travailler avec le client dans le but de développer une motivation plus intrinsèque au changement (Salmon, 1982; DeLeon, 1988). Pour les clients qui ont

entamé le traitement suite à des pressions judiciaires, la thérapie de groupe a pu contribuer à les motiver davantage au changement. Les résultats descriptifs indiquent d'ailleurs une augmentation du pourcentage d'usagers dont le niveau de motivation correspond au stade de préparation, stade où les individus sont prêts à changer et posent des actions concrètes en ce sens.

Aussi, l'étude de Brochu, Cournoyer, Tremblay et al. (2007) portant sur l'impact des pressions légales sur le traitement des toxicomanes judiciairisés révèle que l'influence de ces pressions sur la persévérance en traitement varierait en fonction du statut judiciaire des usagers. Ce serait donc chez les toxicomanes en attente de mise en accusation, de procès ou de sentence, qui n'ont pas encore intégrés le système judiciaire, que les pressions légales auraient un effet positif sur la rétention en traitement. De plus, ces auteurs constatent que les pressions légales, malgré qu'elles se traduisent en une plus grande persévérance en traitement, ne résultent pas nécessairement en une réduction des problèmes de substances. À cet effet, les auteurs concluent que :

Il semble justifié de supposer que ces individus [toxicomanes judiciairisés qui vivent des pressions légales] sont plutôt intéressés à éviter les conséquences judiciaires négatives (...) qu'à gérer leur consommation de substances [traduction libre]. One would be justified in supposing such individuals to be more concerned with avoiding negative judicial consequences (...) than by better managing their substance use.

La persévérance en traitement de la clientèle judiciairisée semble donc surtout l'expression d'un conformisme aux exigences imposées par le système judiciaire, plutôt qu'un réel désir de changement. Ce conformisme se manifesterait probablement dans l'attitude des usagers, par exemple ils risquent de se plier davantage aux stratégies proposées par le thérapeute et d'être assez collaboratifs et engagés dans le traitement, du moins en apparence. De plus, il ne faut pas oublier que, dans cette étude, l'évaluation de l'alliance thérapeutique repose sur la perception des clients. Ainsi, les toxicomanes judiciairisés qui redoutent des

sanctions légales s'ils ne se conforment pas aux exigences du système judiciaire risquent de qualifier leur relation avec le thérapeute et leur niveau d'engagement et de collaboration de façon positive de peur que ces informations puissent être utilisées à leur encontre. Comme le notent Brunelle et al. (2003), la probabilité perçue des clients du programme Toxico-Justice de cinq centres publics de réadaptation pour toxicomanes au Québec concernant l'application de conséquences judiciaires dans les cas où ils consommeraient, ne se présenteraient pas à des rencontres ou abandonneraient le traitement est très élevée, atteignant des taux de plus de 60%. Ainsi, il se peut que les clients judiciairisés en traitement suite à des pressions légales souhaitent faire croire qu'ils entretiennent une relation de collaboration positive avec le thérapeute, en adoptant des attitudes ou en répondant au questionnaire sur l'alliance de façon à prouver la présence d'une telle relation, pour montrer qu'ils se conforment aux exigences du système judiciaire. Bref, il est possible qu'un client sous l'effet de pressions légales collabore et travaille dans la thérapie comme tous les autres clients qui ne subissent pas de telles pressions par simple conformisme, et non par motivation réelle au changement.

Comme le suggère Orsi et Brochu (soumis), la distinction entre les traitements sous contrainte (imposés par des pressions légales) et les traitements volontaires n'est pas aussi simple qu'elle n'y paraît à première vue. Il semble en effet que la clientèle toxicomane, judiciairisée ou non, soit fréquemment soumise à des pressions externes de l'environnement (Brochu & Drapeau, 1997; Orsi et Brochu, soumis). Les intervenants qui œuvrent auprès de la clientèle toxicomane reconnaissent que la motivation extrinsèque qui pousse certains à entamer un traitement n'est pas le monopole de la clientèle judiciairisée. Que le traitement soit volontaire ou imposé, les toxicomanes entrent en traitement souvent suite à différentes pressions externes de l'employeur ou de la famille (Brochu & Drapeau, 1997). De ce point de vue, les pressions légales subies par la clientèle judiciairisée de cette étude s'apparenteraient de beaucoup aux pressions externes vécues par les autres clients, ce qui pourrait expliquer l'absence d'impact des pressions légales sur l'alliance thérapeutique. De plus, le fait d'être référé en traitement par le système

judiciaire ne signifie pas nécessairement que les clients amorcent un traitement involontairement (Anglin, Prendergast, & Farabee, 1998). Autrement dit, même si des pressions légales sont exercées sur un individu, ce dernier peut être tout aussi volontaire à amorcer un changement que les autres clients. En ce sens, les pressions légales n'influenceraient pas nécessairement la qualité de l'alliance thérapeutique développée avec le thérapeute. Par ailleurs, il est important de mentionner que les clients qui sont traités dans un centre de réadaptation pour alcoolisme et les autres toxicomanies au Québec, tel que le centre Domrémy-Montréal, doivent être volontaires au traitement. Dans ce contexte, l'absence d'impact des pressions légales sur l'alliance thérapeutique pourrait aussi tout simplement s'expliquer par le fait que les intervenants des centres de réadaptation au Québec ne doivent pas endosser de rôle coercitif. Ainsi, malgré que les clients aient été poussés à entamer un traitement au risque de subir des conséquences judiciaires, l'absence de contrôle exercée par les thérapeutes n'a pu nuire à leur relation. Cette absence de contrôle de la part des thérapeutes a pu inhiber les impacts négatifs des pressions légales

Il aurait donc été pertinent dans un premier temps de s'intéresser de manière plus large à l'impact des pressions externes sur l'ensemble de cet échantillon. Également, d'autres études qui examineront l'impact des pressions légales auprès de la clientèle toxicomane judiciairisée en distinguant plus spécifiquement les clients qui sont volontaires et ceux qui sont involontaires au traitement sont nécessaires afin de mieux comprendre l'influence réelle de ces pressions sur le développement de l'alliance thérapeutique.

La satisfaction envers les services

La satisfaction des clients envers les services reçus avant la thérapie individuelle permet d'expliquer une partie de la variance du niveau de consensus établi entre le client et le thérapeute à propos des stratégies de travail et du niveau de compréhension et d'implication du thérapeute tel que perçu par le client. Tel

qu'expliqué par le modèle de Strasser, Aharony et Greenberger (1993), la valeur positive ou négative accordée aux services reçus par les clients avant la thérapie individuelle (stimuli) conduirait au développement d'une attitude de satisfaction ou d'insatisfaction, qui en retour déterminerait la façon dont réagira les clients. En ce sens, les clients qui jugent les services de façon négative seront insatisfaits et adopteront des comportements qui visent à réduire cette insatisfaction. Une réaction possible des clients insatisfaits pourrait être la résistance. D'ailleurs, la clientèle toxicomane serait résistante et particulièrement difficile à engager en traitement (Newman, 1997; Oken, Blaine, & Boren, 1997; Cournoyer et al., 2007). Ainsi, plus les clients sont insatisfaits des services offerts avant la thérapie individuelle, plus ils seront enclins à adopter des comportements pour manifester cette insatisfaction, il sera alors plus difficile d'en arriver à un consensus entre le client et le thérapeute à propos de stratégies de travail. Ces résultats font sens avec ceux obtenus par Cournoyer, Brochu, Landry et Bergeron (2007) qui indiquent que les clients moins résistants considèrent qu'il y a un meilleur consensus en ce qui concerne le but de la thérapie.

Les clients qui sont insatisfaits pourraient avoir l'impression que le thérapeute est moins compréhensif et impliqué. Aussi, il est possible que face aux réactions des clients, par exemple la résistance, les thérapeutes agissent de manière moins compréhensive. Encore une fois, l'étude de Cournoyer et al. (2007) appuie cette hypothèse en montrant que l'attitude des clients est perçue plus positivement par les thérapeutes lorsque les clients sont moins résistants. D'autres auteurs font état d'une association négative entre la résistance ou l'hostilité des clients et l'alliance thérapeutique (Gaston et al., 1988; Kokotovic & Tracey, 1990; Klinkenberg et al., 1998).

La motivation

La motivation au changement influence l'alliance thérapeutique seulement lorsque celle-ci est évaluée par le client lors de la thérapie de groupe. Prochaska et DiClemente (1982) proposent une conception dynamique de la motivation dans laquelle les clients progressent à travers une séquence de stades de changement de manière cyclique. Autrement dit, la motivation est sujette à de nombreuses fluctuations en fonction du temps. Des mesures de motivation et d'alliance thérapeutique plus rapprochées dans le temps sont donc plus susceptibles d'être associées.

Le sondage effectué par Ménard et Hamel-Jutras (1998) auprès de 14 intervenants œuvrant dans des établissements publics de réadaptation au Québec révèle que ces intervenants ont intégré à l'évaluation des clients basée sur l'IGT des techniques d'intervention brèves pour favoriser une motivation plus intrinsèque face au changement. Dans ce cas, dès la phase d'accueil et d'évaluation, certains usagers ont pu être la cible de stratégies visant à réduire leur ambivalence face au changement, ce qui expliquerait l'augmentation lors de la thérapie de groupe du pourcentage d'usagers se situant dans la phase de participation. Ces résultats pourraient expliquer pourquoi la motivation n'est significative que lors de la thérapie de groupe.

Le stade de participation ou d'action tel que défini par Prochaska et DiClemente (1982) est celui où les clients vont agir concrètement afin de changer leurs comportements de consommation. Les clients qui sont prêts à investir les énergies et les efforts nécessaires au changement seraient donc plus faciles à engager dans la thérapie. Ces résultats corroborent d'ailleurs ceux obtenus par Meier et al. (2005b) dans le domaine de la toxicomanie où la motivation est identifiée comme un facteur robuste de l'alliance thérapeutique.

Effet modérateur d'une problématique de santé mentale associée

Aucun effet modérateur n'a été identifié entre l'alliance thérapeutique et les variables évaluées au premier temps de mesure. Toutefois, l'appartenance à la sous-population « santé mentale » a un effet modérateur sur la relation entre l'alliance thérapeutique et trois variables mesurées au temps 2, les troubles cognitifs, les problèmes d'agressivité et la satisfaction envers les services.

Pour les usagers référés dans le mandat santé mentale, les troubles cognitifs semblent avoir une influence plus importante sur la perception du niveau de compréhension et d'implication des thérapeutes en comparaison aux usagers du groupe de comparaison, ce qui pourrait s'expliquer tout simplement par le fait que les usagers qui sont orientés dans la mandat « santé mentale » souffrent significativement plus de troubles cognitifs. Ces clients seraient donc plus préoccupés et/ou affectés par ces troubles, ce qui pourrait se répercuter sur le niveau perçu de compréhension et d'implication du thérapeute.

Cette explication vaut également pour les problèmes d'agressivité dont l'influence négative sur la dimension « consensus sur les stratégies de travail » est supérieure pour la sous-population « santé mentale ». Une attitude agressive de la part du client ne serait pas propice à l'établissement d'un consensus avec le thérapeute. Il est également possible que ces comportements agressifs aient, comme mentionné précédemment, un impact négatif sur l'attitude des thérapeutes (Gaston et al., 1988; Kokotovic & Tracey, 1990; Cournoyer et al., 2007). Les problèmes d'agressivité ne sont toutefois plus en mesure d'influencer cette dimension de l'alliance thérapeutique lorsque la satisfaction des clients envers les services antérieurs à la consultation individuelle est considérée. Ces deux variables semblent partager une variance commune qui est absorbée par la variable satisfaction envers la thérapie.

C'est donc la satisfaction envers les services qui prime dans l'explication de la dimension « consensus sur les stratégies de travail ». Il semble que l'influence de cette satisfaction soit plus déterminante pour la sous-population « santé mentale ». Il est possible de croire que les usagers qui ont un profil diagnostique plus lourd tels que ceux du groupe « santé mentale » aient des attentes envers le traitement plus élevées. Ces usagers s'attendent à réduire leur consommation, mais également à voir une réduction des symptômes associés aux troubles de la santé mentale dont ils souffrent. Dans le cas où les résultats escomptés ne sont pas atteints, ces usagers risquent d'être plus insatisfaits face aux services obtenus, ce qui pourrait les conduire à adopter des attitudes et des comportements plus négatifs tels que l'agressivité. L'expression de cette agressivité ou de toutes autres réactions négatives pourrait en retour avoir des effets néfastes sur l'établissement d'un consensus entre le client et le thérapeute concernant les stratégies de travail. Le modèle proposé par Strasser, Aharony et Greenberger (1993) explique d'ailleurs ce lien entre les attentes et la formation d'attitude de satisfaction ou d'insatisfaction.

Il est également possible que les clients du groupe « santé mentale », étant donné leur plus lourd profil diagnostique, aient été plus fréquemment pris en charge par divers services de santé mentale. D'ailleurs, un des critères de référence au programme Toxicité-Santé mentale est le fait d'avoir été traité au moins une fois pour des problèmes psychologiques ou émotionnels dans un hôpital. Comme l'indique Strasser, Aharony et Greenberger (1993), les attentes sont formées à partir des expériences de vie passées. Ainsi, les usagers du groupe « santé mentale » qui ont déjà suivi un traitement pourraient avoir des attentes plus spécifiques, ce qui pourrait augmenter les risques d'insatisfaction. Les attentes sont considérées par certains auteurs comme étant un pré-requis au processus thérapeutique (Prochaska & DiClemente, 1982). Autrement dit, les croyances anticipées qu'un client développe envers un traitement influenceraient la force de son engagement subséquent au sein du processus de changement (Gibbons et al., 2003). Également, les clients qui ont des attentes positives en regard à leur engagement dans la thérapie tendent à adopter des comportements qui répondront aux attentes initiales, dont la formation d'une

relation de collaboration productive et satisfaisante avec le thérapeute (Patterson, Uhlin, & Anderson, 1998). Les résultats obtenus pourraient donc s'expliquer par une interaction entre les attentes, attitudes et niveau de satisfaction des clients. Des analyses additionnelles seraient nécessaires afin de mieux comprendre les mécanismes impliqués dans la relation entre la satisfaction envers les services et l'alliance thérapeutique.

Effet modération d'une problématique de justice associée

L'effet modérateur de l'appartenance à la sous-population « justice » a été observé dans la relation entre la capacité de travail du client et la dépression ainsi que la satisfaction envers le soutien social perçu et dans la relation entre l'engagement du client dans la thérapie et son niveau de motivation perçu.

Pour la sous-population « justice », les symptômes de dépression observés en pré-traitement semblent être des facteurs plus importants dans l'explication de la capacité de travail des usagers que pour les autres sous-populations. La dépression est un trouble de la santé mentale qui est caractérisé par une perception négative globale de la réalité. Les symptômes qui en découlent sont la tristesse, un sentiment de solitude, une perte de la motivation ainsi qu'un retrait social et de l'inactivité. Un des mécanismes cognitifs sous-jacent à la dépression est le biais cognitif qui se manifeste par une attention sélective aux aspects négatifs des expériences vécues, par des interprétations négatives et par le blocage des expériences et souvenirs positifs (Beck, 2008). En ce sens, il serait difficile pour les usagers qui souffrent de dépression de travailler de façon efficace dans la thérapie étant donné ces biais cognitifs et cette vision « noire » de la réalité. Par exemple, les usagers pourraient avoir de la difficulté à identifier les stratégies de travail qui sont efficaces, de percevoir des améliorations, etc. D'ailleurs, il semble que la dépression et le suicide soient fréquents chez la population criminalisée (Motiuk & Porporino, 1991; Daigle, 2001).

La satisfaction envers le soutien social perçu est également une variable qui est plus déterminante pour expliquer la capacité de travail des usagers judiciarisés en comparaison à la sous-population « santé mentale ». Il est possible que ces résultats soient attribuables au fait que les usagers du groupe « justice » possèderaient plus de soutien social que les usagers qui souffrent de troubles de la santé mentale. D'ailleurs, l'étude de Tousignant et Caron (2005) révèle que les individus qui éprouvent une grande détresse psychologique possèdent un réseau social moins fiable. De plus, les événements vécus par ces personnes (atteinte à la réputation, menaces, trahisons, etc.) les rendent plus vulnérables à l'isolement social. D'un autre côté, comme mentionné précédemment, les individus criminalisés semblent eux aussi empreints à la souffrance psychologique (Motiuk & Porporino, 1991; Daigle, 2001). Les résultats ne démontrent pas non plus de différence significative quant à la quantité ou à la satisfaction du soutien social entre les usagers judiciarisés et ceux qui ont des troubles mentaux. L'effet de redondance identifié entre la dépression et la satisfaction du soutien social lorsque ces deux variables sont insérées dans une même équation de régression indique que ces deux variables partagent une variance expliquée qui est commune. Ces deux variables sont d'ailleurs corrélées entre elles. Les personnes dépressives seraient donc moins satisfaites de leur soutien social. D'ailleurs, le retrait social est l'un des symptômes observés chez les personnes dépressives. De plus, les personnes dépressives ont des perceptions très négatives de la réalité (Beck, 2008). Il est possible dès lors que l'influence de la satisfaction envers le soutien social sur la capacité de travail des clients s'explique par les effets de la dépression (ou vice-versa).

Finalement, la motivation des clients avant l'entrée en traitement est un facteur associé au niveau d'engagement qui est unique aux toxicomanes judiciarisés. Les clients qui sont plus motivés à changer sont effectivement plus enclins à s'engager dans la thérapie (Prochaska & DiClemente, 1982; Marmar, Weiss, & Gaston, 1989; Meier et al., 2005a). C'est d'ailleurs ce que démontraient les résultats obtenus pour l'échantillon global lorsqu'il était question de la motivation évaluée lors de la thérapie de groupe. À ce moment, l'hypothèse proposée était que les

clients seraient plus motivés lors de la thérapie de groupe probablement dû à l'impact positif de cette première démarche de traitement. Pour l'échantillon global, la motivation et l'alliance thérapeutique sont associées si la mesure de ces variables est plus rapprochée dans le temps. Pour la clientèle toxicomane judiciairisée, le niveau de motivation dès l'entrée en traitement influencerait leur niveau d'engagement dans la thérapie individuelle. D'ailleurs, puisque cette clientèle serait peu motivée, s'investirait moins et serait plus difficile à engager dans le traitement (Anglin & Hser, 1990; Brochu et al., 2002; Cournoyer et al., 2007), il est normal de croire que le niveau de motivation initial soit particulièrement déterminant pour cette clientèle. Les résultats n'ont toutefois pas démontré des niveaux de motivation plus faibles chez les usagers judiciairisés.

Une autre explication possible est l'impact négatif de la pression légale sur la motivation des usagers judiciairisés lors de leur entrée en traitement. Les résultats obtenus ne semblent cependant pas aller en ce sens. D'abord, la contrainte légale n'a pas d'impact sur l'alliance thérapeutique. De plus, aucune corrélation significative n'est observée entre le niveau de motivation des usagers et la présence ou l'influence des pressions légales sur la décision de suivre un traitement. Comme mentionné précédemment, les pressions légales ne signifient pas nécessairement que les clients qui en sont les cibles ne soient pas volontaires au traitement. D'ailleurs, comme le mentionne Orsi et Brochu (soumis), l'ambivalence face au changement est le lot de la majorité de la clientèle toxicomane, et non seulement de la sous-population judiciairisée. Une avenue intéressante pour les recherche future serait de distinguer l'impact de la motivation extrinsèque et intrinsèque sur l'alliance thérapeutique, deux aspects de la motivation qui semblent particulièrement importants lorsqu'il est question des traitements sous contrainte (Anglin, Prendergast, & Farabee, 1998; Brochu & Schneeberger, 1999, 2001; Orsi et Brochu, soumis).

Une autre hypothèse possible est que, étant donné l'impact plus important de la dépression sur la capacité de travail des usagers judiciairisés, l'influence de la motivation sur leur engagement dans la thérapie soit attribuable aux symptômes

dépressifs dont souffrent certains d'entre eux, d'autant plus que la perte de motivation est un symptôme de la dépression. La validité de cette hypothèse est toutefois mise en doute par l'absence d'association significative entre la dépression et la motivation des clients.

D'autres études sont effectivement nécessaires pour mieux comprendre en quoi ces trois variables sont particulièrement influentes dans le développement de l'alliance thérapeutique pour la clientèle toxicomane judiciairisée.

Conclusion

La présente étude avait pour but d'identifier les facteurs associés à l'alliance thérapeutique auprès d'une clientèle toxicomane en traitement dans un centre de réadaptation pour alcoolisme et autres toxicomanies, le Centre Domrémy-Montréal. Plusieurs variables indépendantes ont été considérées, elles furent d'ailleurs regroupées en trois groupes : les variables diagnostiques (profil de consommation et santé mentale), les variables intrapersonnelles (satisfaction envers les services et motivation) et les variables interpersonnelles (soutien social perçu et pressions légales). La multidimensionnalité du concept d'alliance thérapeutique a été prise en compte, ainsi les variables indépendantes ont été mises en relation avec les quatre dimensions de l'alliance proposées par Gaston (1990) : la capacité de travail du client, l'engagement du client dans la thérapie, le consensus à propos des stratégies de travail et la compréhension et l'implication du thérapeute dans la thérapie. L'hétérogénéité de la population à l'étude a également été considérée. Ainsi, afin de rendre compte des fréquentes problématiques associées à la toxicomanie, l'étude s'est intéressée à trois sous-population : les toxicomanes judiciairisés, les toxicomanes qui ont des troubles de la santé mentale et les toxicomanes sans double problématique (groupe de comparaison).

Il apparaît qu'effectivement, certaines des variables considérées sont des facteurs significativement associés à l'alliance thérapeutique. Le profil de consommation avant l'entrée en traitement (principalement la sévérité de la consommation de drogues et la consommation d'hallucinogènes et d'inhalants), les troubles cognitifs évalués lors de la thérapie de groupe ainsi que la satisfaction envers les services antérieurs à la consultation individuelle sont les principales variables capables d'expliquer une partie de la variance de l'alliance thérapeutique. Par ailleurs, les résultats soulignent que certaines variables semblent plus influentes en fonction des sous-populations. D'abord, pour les toxicomanes ayant des troubles de la santé mentale associés, les problèmes d'agressivité et les troubles cognitifs lors de la thérapie de groupe ainsi que la satisfaction envers les services antérieurs à la thérapie individuelle seraient des facteurs de l'alliance thérapeutique plus importants. Pour les toxicomanes judiciairisés, c'est la dépression, la satisfaction

envers le soutien social et la motivation avant l'entrée en traitement qui seraient des variables plus influentes.

En se référant aux critères de Cohen (1988), ces résultats révèlent la présence de relation de faible à moyenne force entre certaines variables à l'étude et l'alliance thérapeutique, offrant des pistes intéressantes pour mieux identifier les toxicomanes qui sont à risque d'éprouver des difficultés à développer une alliance thérapeutique efficace avec leur thérapeute. Ces pistes pourraient avoir une portée clinique forte intéressante. D'abord, le profil de consommation est évalué à partir de l'Indice de gravité d'une toxicomanie (IGT), un questionnaire déjà utilisé dans les centres de réadaptation pour alcoolisme et autres toxicomanies du Québec. À l'aide de ce questionnaire déjà bien établi, les intervenants seraient à même d'identifier les clients avec qui ils auront de la difficulté à créer un lien significatif. Également, la satisfaction envers les services étant une variable dynamique, différentes stratégies pourraient être mises en place afin d'améliorer le niveau de satisfaction des clients et par conséquent, la qualité de l'alliance thérapeutique. Étant donné le peu de recherches qui se sont penchées sur la question dans le domaine de la toxicomanie, d'autres études sont nécessaires afin de vérifier si ces facteurs associés à l'alliance sont réellement capables de bien cibler les clients avec lesquels il sera plus difficile de développer une alliance thérapeutique de qualité. Par ailleurs, toutes les hypothèses d'explication proposées dans la précédente section restent des hypothèses et elles ont été formulées dans le but d'alimenter les réflexions au sujet de la formation de l'alliance thérapeutique et des facteurs qui l'influencent. D'autres études sont absolument nécessaires pour approfondir cette question et vérifier la plausibilité des résultats obtenus ainsi que des explications proposées.

Malgré que ces résultats soient prometteurs, il faut également souligner qu'une part importante de la variance de l'alliance thérapeutique reste inexpliquée. D'autres facteurs non considérés dans cette étude risquent d'avoir un impact important sur la formation et le maintien de l'alliance thérapeutique. Les études futures devront donc également se tourner vers d'autres variables pour tenter

d'expliquer une plus grande part de la variance. Des résultats encourageants ont été observés concernant les stratégies de résolution de problème (Gaston et al., 1988; Meier et al., 2005b), les attentes envers le traitement (Joyce & Piper, 1998; Gibbons et al., 2003), les expériences de thérapie antérieures, le style d'attachement parental (Mallinckrodt, Coble, & Gantt, 1995), les compétences sociales (Mallinckrodt, Coble, & Gantt, 1995), etc. Il serait également pertinent d'intégrer des variables contextuelles et environnementales tels que la pauvreté, le niveau de stress dans l'environnement, l'ampleur et l'intensité des problèmes de la vie autres que la consommation, etc. L'interprétation des résultats a d'ailleurs fait ressortir un éventail de relations possibles entre les variables à l'étude et d'autres variables qui n'ont pas été considérées, mais qui sont également susceptibles d'influencer l'alliance thérapeutique.

Il est à noter qu'aucune variable propre aux thérapeutes n'a été prise en considération. Pourtant, l'alliance thérapeutique est un concept qui implique deux acteurs, le client, mais aussi le thérapeute. L'apport du thérapeute au sein de la relation thérapeutique est non négligeable et devrait faire l'objet de plus amples recherches. En effet, peu d'études se sont intéressées à l'impact des caractéristiques du thérapeute sur l'alliance thérapeutique, cette rareté au niveau de la recherche est d'autant plus marquée dans le domaine de la toxicomanie. Les quelques rares études qui se sont penchées sur la question révèlent que la formation et l'expérience du thérapeute pourraient être associés à l'alliance thérapeutique (Hersoug et al., 2001; Meier et al., 2005b), tandis que l'âge, le genre et l'éducation n'auraient aucun impact (Connors et al., 2000). D'autres facteurs pourraient être étudiés tels que la personnalité du thérapeute, son système de croyances et de valeurs, ces perceptions envers le client, son style d'approche au niveau interpersonnel, ses expériences passées, etc.

Plus encore, comme le propose Santiago et al. (2002), les études futures devraient s'intéresser à l'impact du pairage client-thérapeute et aux interactions précoces entre ces deux acteurs sur le développement de l'alliance thérapeutique.

Considérant que l'alliance thérapeutique est une relation qui se co-construit et que chaque acteur joue un rôle actif, l'ensemble des caractéristiques de ces deux acteurs entreront en interaction, ce qui en retour risque d'affecter la qualité du lien qu'ils développeront. Pour une compréhension plus approfondie du phénomène de l'alliance thérapeutique, il importe de prendre en considération l'ensemble de ces facteurs (caractéristiques du client et du thérapeute) ainsi que leurs effets d'interaction. Davantage d'études seront donc nécessaires pour en arriver à bien saisir toute la complexité de ce phénomène qu'est l'alliance thérapeutique.

L'apport de cette étude est intéressant du fait, qu'outre les résultats encourageants qu'elle a générés, elle permet de proposer certaines recommandations pour les futures recherches qui s'intéresseront aux facteurs associés à l'alliance dans le domaine de la toxicomanie. Il s'avère important de prendre en compte d'une part la multi dimensionnalité du concept d'alliance thérapeutique et d'autre part, l'hétérogénéité de la population toxicomane. Effectivement, les résultats font état de certaines différences quant aux facteurs de l'alliance thérapeutique en fonction des dimensions et des sous-populations à l'étude. Finalement, lorsque l'influence des variables diagnostiques (consommation et troubles de la santé mentale) sur l'alliance thérapeutique est examinée, il semble plus approprié de prendre en considération à la fois la sévérité des troubles ainsi que la nature de ces derniers. Dans cette étude, il a été possible d'identifier plusieurs associations entre l'alliance thérapeutique et des troubles spécifiques de la santé mentale ou des types spécifiques de substances consommées.

Les résultats obtenus suite à cette étude doivent cependant être tempérés par certaines limites. D'abord, la faiblesse des coefficients alpha pour les échelles du questionnaire sur l'alliance thérapeutique qui concernent la contribution du client, soit sa capacité de travail et son engagement dans la thérapie, conduit à se questionner quant à la capacité de ce questionnaire à bien mesurer ces deux dimensions, du moins pour la population toxicomane. Ce questionnaire est d'ailleurs surtout utilisé dans le domaine de la psychothérapie où le profil diagnostique des

clients risque d'être beaucoup moins lourd et complexe que celui présenté par une clientèle toxicomane suivie dans un centre de réadaptation public. Cet instrument de mesure devrait être validé auprès de la population toxicomane afin de s'assurer de ses qualités psychométriques et ainsi augmenter la fiabilité des résultats obtenus.

Aussi, l'évaluation de la consommation de différents types de substances spécifiques auraient pu être davantage nuancée. Les variables dichotomiques qui ont été créées faisaient une distinction très nette entre les non consommateurs et les consommateurs, c'est-à-dire que tous les usagers qui avaient consommé un type de substance au cours du dernier mois, que ce soit une seule fois ou à plusieurs reprises, étaient regroupés dans un seul et même groupe de consommateurs. À l'intérieur de ce groupe, il aurait été intéressant de distinguer les consommateurs occasionnels des réguliers. En créant ainsi des groupes plus homogènes, une influence plus marquée de ces comportements addictifs sur l'alliance auraient peut être été observée.

La faible taille échantillonnale des sous-populations « santé mentale » et « justice » est un autre obstacle de cette étude. Il est possible que certaines relations entre les variables indépendantes et l'alliance qui sont spécifiques à ces groupes n'aient pu être détectées faute de puissance statistique. Il faut également rappeler que les participants considérés dans cette étude sont ceux qui ont répondu au questionnaire sur l'alliance thérapeutique, dont la passation a eu lieu au moment de la thérapie individuelle. Ces usagers ont donc persisté dans le traitement minimalement jusqu'à cette étape du traitement et ont, pour la plupart, préalablement complété une thérapie de groupe. Par le fait même, tous les usagers qui ont abandonné le traitement avant la troisième session de la thérapie individuelle ont été exclus de l'étude. On peut soupçonner que les usagers qui abandonnent plus tôt un traitement sont aussi ceux qui présentent un portrait plus déficitaire au niveau de l'ensemble des variables à l'étude (moins bonne alliance thérapeutique, plus de problèmes de consommation et de santé mentale, plus insatisfaits des services, moins de soutien social, etc.). Cette exclusion a certainement pu influencer les résultats obtenus.

Quoiqu'il en soit, la constance dans les résultats obtenus en fonction des dimensions de l'alliance ainsi que le lien logique de certaines relations corroborées par la littérature scientifique portent toutefois à croire en la validité de ces résultats. De plus, les modèles de régression finaux, lorsque les trois groupes de variables à l'étude sont pris en considération, expliquent une part moyenne de l'alliance thérapeutique, ce qui est relativement encourageant pour le domaine des sciences sociales. Malgré tout, une part importante de cette variance et des facteurs qui l'influencent demeurent inconnus. En effet, l'alliance thérapeutique étant un phénomène d'interrelation sociale, il est facile d'imaginer qu'une abondance de variables puisse entrer en jeu dans son développement. Plusieurs facettes de ce phénomène restent donc à explorer, ce qui laisse beaucoup de place pour les recherches futures, particulièrement dans le domaine de la toxicomanie où les études portant sur les facteurs associés à l'alliance thérapeutique sont peu nombreuses. Devant l'intérêt de l'alliance thérapeutique en tant que piste de solution prometteuse pour améliorer l'efficacité des traitements de la toxicomanie, il apparaît fort pertinent de s'attarder davantage aux facteurs qui ont une influence sur la relation client-thérapeute pour redonner espoir tant aux intervenants qui œuvrent dans le domaine de la toxicomanie qu'aux personnes toxicomanes qui souffrent de leur consommation.

Références

Anglin, D. A., & Hser, Y. I. (1990). Treatment of drug abuse. Dans M. Tonry & J. Q. Wilson (Eds.), *Drugs and crime* (pp. 393-460). Thousand Oaks, CA: Sage Publications.

Anglin, M. D., Prendergast, M., & Farabee, D. (1998). *The effectiveness of coerced treatment for drug-abusing offenders*. Washington: Présenté à l'Office of National Drug Control Policy's conference of scholars and policy makers.

Barber, J., Luborsky, L., Crits-Christoph, P., Thase, M., Weiss, R., Frank, A., Onken, L., & Gallop, R. (1999). Therapeutic alliance as a predictor of outcome in treatment of cocaine dependence. *Psychotherapy research*, 9, 54-73.

Baron, R. M., & Kenny, D. A. (1986). The moderator-mediator variable distinction in social psychological research: Conceptual, strategic, and statistical considerations. *Journal of Personality and Social Psychology*, 51, 1173-1182.

Beaudet, N., Brochu, S., Bergeron, J., & Landry, M. (1995). *Persistance en traitement et impact du processus de réadaptation des personnes toxicomanes judiciairisées admises à Domrémy-Montréal: rapport #5*. Université de Montréal: Centre International de Criminologie Comparée.

Beck, A. T. (2008). The evolution of the cognitive model of depression and its neurobiological correlates. *American Journal of Psychiatry*, 165, 969-977.

Belding, M. A., Iguchi, M. Y., Morral, A. R., & McLellan, A. T. (1997). Assessing the helping alliance and its impact in the treatment of opiate dependence. *Drug and Alcohol Dependence*, 48, 51-59.

Bergeron, J., Landry, M., Brochu, S., & Cournoyer, L-G. (1996). *Les déterminants de la persévérance des clients dans les traitements de réadaptation pour l'alcoolisme et la toxicomanie: une approche multidimensionnelle*. Québec: Conseil québécois de la recherche sociale.

Bergeron, L., Landry, M., Ishak, A., Vaugeois, P., & Trépanier, M. (1992). *Validation d'un instrument d'évaluation de la gravité des problèmes reliés à la consommation de drogues et d'alcool: l'Indice de gravité d'une toxicomanie (IGT)*. Rapport présenté à la Direction générale de la planification et de l'évaluation, Ministère de la Santé et des Services sociaux, Gouvernement du Québec.

Blakely, T., Hales, S., Kieft, C., Wilson, N., & Woodward, A. (2005). Distribution of risk factors by poverty. Dans M. Ezzati, A. D. Lopez, A. Rodgers, & C. J. L. Murray (Eds.), *Comparative quantification of health risks: Global and regional burden of disease attributable to selected major risk factors* (pp. 1941-2127). Genève: World Health Organization.

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

Boucher, K., & Laprise, R. (2001). Le soutien social selon une perspective communautaire. Dans F. Dufort & J. Guay, *Agir au cœur des communautés: la psychologie communautaire et le changement social* (pp. 117- 156). Québec: Les Presses de l'Université Laval.

Boutin, M. (2005). *Relation entre l'alliance thérapeutique, la santé mentale ainsi que la satisfaction envers la thérapie au cours d'un processus psychothérapeutique chez l'adulte*. Mémoire de maîtrise inédit. Université du Québec à Chicoutimi.

Brochu, S., Bergeron, J., Landry, M., Germain, M., & Schneeberger, P. (2002). The impact of treatment on criminalized substance addicts. *Journal of Addictive Diseases*, 21, 23-41.

Brochu, S., Cournoyer, L.-G., Motiuk, L., & Pernanen, K. (1999). Alcohol and crime: Patterns among canadian federal inmates. *Bulletin of Narcotic*, LI, 57-74.

Brochu, S., Cournoyer, L.-G., Tremblay, J., Bergeron, J., Brunelle, N., & Landry, M. (2007). Understanding treatment impact on drug-addicted offenders. *Substance use and misuse*, 41, 1937-1949.

Brochu, S., & Drapeau, A. (1997). La pratique des tribunaux face aux renvois vers les centres de traitement de la toxicomanie. *Revue Canadienne de criminologie*, 39, 329-356.

Brochu, S., & Guyon, L. (1994). *Faits saillants concernant l'étude de consommation de substances psychoactives chez les personnes incarcérées au Centre de Détention de Montréal*. Montréal: Recherche et Intervention sur les substances psychoactives Québec - RISQ.

Brochu, S., & Schneeberger, P. (1999). *L'impact des contraintes judiciaires dans le traitement de la toxicomanie*. Montréal: Comité permanent de lutte à la toxicomanie.

Brochu, S., & Schneeberger, P. (2001). Le traitement des toxicomanes dans un contexte de pressions judiciaires. Dans M. Landry, L. Guyon, & S. Brochu, *Impact du traitement en alcoolisme et toxicomanie* (pp. 45-63). Études québécoises. Collection Toxicomanies. Québec: Les Presses de l'université Laval.

Brunelle, N., Brochu, S., Bergeron, J., Cournoyer, L.-G., Landry, M., Tremblay, J., Schneeberger, P., & Desjardins, L. (2003). La clientèle du projet de recherche Toxic justice II: consommation, délinquance, statut judiciaire et

pressions judiciaires perçues. *L'intervenant: Revue sur l'alcoolisme et la toxicomanie*, 9, 13-16.

Buclin, Th. (2001). Pharmacodynamie de l'abus de substances. *Médecine et Hygiène*, 59, 2059-2065.

Caron, J., & Guay, S. (2005). Le soutien social peut-il reprendre sa juste place dans la problématique de la santé mentale? *Revue Santé Mentale au Québec*, XXX, 7-13.

Charette, R., & Thiboutot, J. (1981). La mesure de satisfaction: pertinence, limites et solutions. *Revue Québécoise de Psychologie*, 2, 3-20.

Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd edition). Hillsdale, NJ: Erlbaum.

Cohen, J., & Cohen, P. (1975). *Applied multiple regression/correlation analysis for the behavioral sciences*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.

Comité permanent de lutte à la toxicomanie (2004). *Portrait de la consommation de psychotropes à Montréal*. Montréal: Comité permanent de lutte à la toxicomanie.

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

Connors, G. J., DiClemente, C. C., Dermen, K. H., Kadden, R., Carroll, K. M., & Frone, M. R. (2000). Predicting the therapeutic alliance in alcoholism treatment. *Journal of Studies on Alcohol*, 61, 139-149.

Cournoyer, L.-G. (1995). *Les persécutés cognitifs de l'abandon prématuré de la psychothérapie*. Thèse de doctorat inédite. Université de Montréal, département de psychologie, faculté des arts et des sciences.

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

Couture, S. M., Roberts, D. L., Penn, D. L., Cather, C., Otto, M. W., & Goff, D. (2006). Do baseline client characteristics predict the therapeutic alliance in treatment of schizophrenia? *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 194, 10-14.

Daigle, M. (2001). Comportements suicidaires et délinquance, des liens à (re)découvrir. *Criminologie*, 34, 3-7.

Duhamel, D. (2007). *Toxicomanie et phénomènes suicidaires. Savoir pour mieux intervenir*. Québec: Direction des services professionnels et de la qualité – Service de formation et de consultation du Centre Dollard-Cormier.

DeLeon, G. (1985). The therapeutic community: Status and evolution. *The International Journal of the Addictions*, 20, 823-844.

DeLeon, G. (1988). Legal pressure in therapeutic communities. *The Journal of Drug Issues*, 18, 625-640.

De Man, A. F., Balkou, S., & Iglesias, R. (1986). Une version canadienne française du questionnaire sur le soutien social. *Santé mentale au Québec*, 11, 199-202.

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

Derogatis, L., Lipman, R., Rickels, K., Uhlenhuth, E., & Covi, L. (1974). The Hopkins Symptoms Checklist (HSCL): A self-report symptom inventory. *Behavioral Science*, 19, 1-5.

DeWeert-Van Oene, G. H., De Jong, C. A., Jorg, F., & Schrijvers, G. J. (1999). The Helping Alliance Questionnaire: Psychometric properties in patients with substance dependence. *Substance Use and Misuse*, 34, 1549-1569.

DiClemente, C. C., & Hughes, S. O. (1990). Stages of changes profiles in outpatient alcoholism treatment. *Journal of Substance Abuse*, 2, 217-235.

Eaton, T. T., Abeles, N., & Gutfreund, M. J. (1988). Therapeutic alliance and outcome: Impact of treatment length and pretreatment symptomatology. *Psychotherapy*, 25, 536-542.

Ferreri, M. (2004). *Anxiété, anxiolytique et troubles cognitifs*. Paris: Elsevier.

Freud, S. (1912/1966). On beginning the treatment. Dans J. Stranchey (Ed.), *The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud* (vol. 12). London: Hogarth Press.

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

Gaston, L. (1990). The concept of the alliance and its role in psychotherapy: Theoretical and empirical considerations. *Psychotherapy*, 27, 143-153.

Gaston, L. (1991). Reliability and criterion-related validity of the California Psychotherapy Alliance Scale-Patient Version. *Psychological Assessment: A Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 3, 68-74.

Gaston, L., & Marmar, C. R. (1994). The California Psychotherapy Alliance Scales. Dans A. O. Horvath & L. S. Greenberg (Éds.), *The working alliance: Theory, research and practice* (pp. 85- 108). New York: Wiley.

Gaston, L., Marmar, C. R., Thompson, L. W., & Gallagher, D. (1988). Relation of patient pretreatment characteristics to the therapeutic alliance in diverse psychotherapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 483-489.

Germain, M., Brochu, S., Bergeron, I., Landry, M., & Schneeberger, P. (2001). Profils des toxicomanes judiciairisés en traitement dans deux centres de réadaptation publics au Québec. *Psychotropes*, 7, 71-90.

Geslo, C. J., & Carter, J. A. (1994). Components of the psychotherapy relationship: Their interaction and unfolding during treatment. *Journal of Counselling Psychology*, 41, 296-306.

Gibbons, M. B. C., Crits-Christoph, P., de la Cruz, C., Barber, J. P., Siqueland, L., & Gladis, M. (2003). Pretreatment expectations, interpersonal functioning, and symptoms in the prediction of the therapeutic alliance across supportive-expressive psychotherapy and cognitive therapy. *Psychotherapy Research*, 13, 59-76.

Goldman, G. A., & Anderson, T. (2007). Quality of object relations and security of attachment as predictors of early therapeutic alliance. *Journal of Counselling Psychology*, 54, 111-117.

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

Hall, W. (1997). The role of legal coercion in the treatment of offenders with alcohol and heroin problems. *The Australian and New Zealand Journal of Criminology*, 30, 103-120.

Hawkins, J. D., Catalano, R. F., & Miller, J. Y. (1992). Risk and protective factors for alcohol and other drug problems in adolescence and early adulthood: Implications for substance abuse prevention. *Psychological Bulletin*, 112, 64-105.

Hendricks, U. M., Kaplan, C. D., Vanlimbeek, J., & Geerlings, P. (1989). The Addiction Severity Index: Reliability and validity in a dutch addict population. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 6, 133-141.

Hersoug, A. G., Monsen, J. T., Havik, O. E., & Hoglend, P. (2002). Quality of early working alliance in psychotherapy: Diagnoses, relationship and intrapsychic variables as predictors. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 71, 18-27.

Horvath, A. O. (1994). Research on the alliance. Dans A. O. Horvath & L. S. Greenberg (Eds), *The working alliance: Theory, research and practice* (pp. 259-287). New-York: Wiley.

Horvath, A. O. (2001). The alliance. *Psychotherapy*, 38, 365-372.

Horvath, A. O., & Greenberg, L. S. (1994). Introduction. Dans A. O. Horvath & L. S. Greenberg (Eds), *The working alliance: Theory, research and practice* (pp. 1- 10). New York: Wiley.

Horvath, A. O., & Luborsky, L. (1993). The role of the therapeutic alliance in psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 561-573.

Horvath, A. O., & Symonds, B. D. (1991). Relation between working alliance and outcome in psychotherapy: A meta-analysis. *Journal of Counselling Psychology*, 38, 139-149.

Howgego, I. M., Yellowlees, P., Owen, C, Meldrum, L., & Dark, F. (2003). The therapeutic alliance: The key to effective patient outcome? A descriptive review of the evidence in community mental health case management. *Australian and New-Zealand Journal of Psychiatry*, 37, 169-183.

Hser, Y. I., Grella, C. E., Hsieh, S. C., Anglin, M. D., & Brown, B. S. (1999). Prior treatment experience related to process and outcomes in DATOS. *Drug and Alcohol Dependence*, 57, 137-150.

Institut de la statistique du Québec (2008). *Troubles mentaux, toxicomanie et autres problèmes liés à la santé mentale chez les adultes québécois. Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (cycle 1.2)*. Santé et bien-être. Québec: Gouvernement du Québec.

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

Johansson, H., & Eklund, M. (2003). Patients' opinion on what constitutes good psychiatric care. *Nordic College of Caring Sciences*, 17, 339-346.

Joyce, A. S., & Piper, W. E. (1998). Expectancy, the therapeutic alliance, and treatment outcome in short-term individual psychotherapy. *The Journal of Psychotherapy Practice and Research*, 7, 236-248.

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

Kokotovic, A. M., & Tracey, T. J. (1990). Working alliance in the early phase of counselling. *Journal of Counselling Psychology*, 37, 16-21.

Kosten, T. R., Rounsaville, B. J., & Kebler, H. D. (1985). Concurrent validity of the Addiction Severity Index. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 171, 606-610.

Kuentzel, J. G. (2000). *Perceived social support and the therapeutic alliance*. Thèse de doctorat inédite. Détroit, Michigan: Wayne State University.

Laflamme-Cusson, S., Guyon, L., & Landry, M. (1994). *Profil de la clientèle dans trois centres de réadaptation pour personnes alcooliques et toxicomanes*. Montréal: Cahier de recherche du RISQ - Recherche et intervention sur les substances psychoactives – Québec.

Laflamme-Cusson, S., & Moisan, C. (1993). *Le cheminement de la clientèle adulte des établissements publics de réadaptation de la toxicomanie*. Québec: Étude conjointe du Ministère de la Santé et des Services sociaux et de l'équipe du RISQ - Recherche et intervention sur les substances psychoactives – Québec.

Landry, M. (2001). L'effet global du traitement dans les centres de réadaptation en toxicomanie. Dans M. Landry, L. Guyon, & S. Brochu (Éds.), *Impact du traitement en alcoolisme et toxicomanie. Études québécoises* (pp. 189-208). Québec: Les Presses de l'Université Laval.

Landry, M., Bergeron, J., & Brochu, S. (1998). La place de l'ASI/IGT dans une perspective globale d'évaluation en toxicomanie. Dans L. Guyon, M. Landry, S. Brochu, & J. Bergeron, *L'évaluation des clientèles alcooliques et toxicomanes* (pp. 11-30). Québec: Les presses de l'Université Laval.

Landry, M., Brochu, S., & Nadeau, L. (2001). L'évaluation du traitement en alcoolisme et toxicomanie: portée, limites et conséquences. Dans M., Landry, L. Guyon, & S., Brochu (Éds.), *Impact du traitement en alcoolisme et toxicomanie. Études québécoises* (pp. 209-219). Québec: Les Presses de l'Université Laval.

Landry, M., Lamarche, P., Boislard, J., & Nadeau, L. (1994). Alcoolisme et autres toxicomanies. Dans S. Dumont, S. Langois, & Y. Martin, *Traité des*

problèmes sociaux du Québec (pp. 179-195). Québec: Institut québécois de recherche sur la culture.

Larsen, D. L., Attkisson, C. C., Hagleaves, W. A., & Nguyen, T. D. (1979). Assessment of client/patient satisfaction: Development of a general scale. *Evaluation and Program Planning*, 5, 197-207.

Légaré, G., Lebeau, A., Boyer, R., & St-Laurent, D. (1995). *Santé Mentale: détresse psychologique, idées suicidaires et parasuicidaires*. Rapport de l'Enquête sociale et de santé 1992-1993, vol. 1., Québec, Santé Québec.

Luborsky, L., Barber, J. P., Siqueland, L., Johnson, S., Najavits, L. M., Frank, A., & Daley, D. (1996). The revised Helping Alliance Questionnaire (HAQ-II). *Journal of Psychotherapy Practice and Research*, 5, 260-271.

Mallinckrodt, B. (1991). Client's representations of childhood emotional bonds with parents, social support, and formation of the working alliance. *Journal of Counselling Psychology*, 38, 401-409.

Mallinckrodt, B. (1996). Change in working alliance, social support, and psychological symptoms in brief therapy. *Journal of Counselling Psychology*, 43, 448-455.

Mallinckrodt, B., Coble, H. M., & Gantt, D. L. (1995). Working alliance, attachment memories, and social competencies of women in brief therapy. *Journal of Counselling Psychology*, 42, 79-84.

Marmar, C. R., & Gaston, L. (1988) *Manual for the California Psychotherapy Scales-CALPAS*. Unpublished manuscript, Department of Psychiatry, University of California, San Francisco, CA.

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

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, 438-450.

Martin, F., Sabourin, S., & Grendreau, P. (1989). Les dimensions de la détresse psychologique: Analyse factorielle confirmatoire de type hiérarchique. *International Journal of Psychology*, 24, 571-584.

Marziali, E. (1984). Three viewpoints on the therapeutic alliance. similarities, differences, and associations with psychotherapy outcome. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 172, 417-423.

McConaughy, E. A., Prochaska, J. O., & Velicer, W. F. (1983). Stages of change in psychotherapy: Measurement and sample profiles. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 20, 369-375.

McLellan, A. T., Luborsky, L., Cacciola, J. U., Griffith, J., Evans, F. L., Harriet, L. B., & O'Brien, C. (1985). New data from de Addiction Severity Index: Reliability and validity in three centers. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 173, 412-423.

McLellan, A. T., Luborsky, L., Woody, C. E., & O'Brien, C. P. (1980). An improved diagnostic evaluation instrument for substances abuse patients. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 168, 26-33.

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

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

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

Ménard, J.-M., & Hamel-Jutras, N. (1998). L'IGT/ASI sur le terrain: l'expérience d'intervenants provenant des centres publics de réadaptation pour personnes alcooliques et autres toxicomanes du Québec. Dans L. Guyon, M. Landry, S. Brochu, & J. Bergeron, *L'évaluation des clientèles alcooliques et toxicomanes* (pp. 11-30). Québec: Les presses de l'Université Laval.

Mercier, C., & Beaucage, B. (1997). *Toxicomanie et problèmes sévères de santé mentale : recension des écrits et état de la situation pour le Québec*. Québec: Rapport présenté au Comité permanent de la lutte à la toxicomanie, Gouvernement du Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux.

Michaux, D., Cournoyer, L.-G., & Sabourin, S. (1991). *Relation entre le support social, la détresse psychologique et l'estime de soi*. Communication présentée au 59^{ème} congrès de l'Association canadienne française pour l'avancement de la science.

Ministère de la Santé et des Services sociaux (2007). *Unis dans l'action: orientations relatives aux standards d'accès, de continuité, de qualité, d'efficacité et d'efficience, Programme-services Dépendances, Offre de service 2007-2012*.

Gouvernement du Québec: La direction des communications du Ministère de la Santé et des Services sociaux.

Moras, K., & Strupp, H. H. (1982). Pretherapy interpersonal relations, patients' alliance, and outcome in brief therapy. *Archives of General Psychiatry*, 39, 405-409.

Motiuk, L. L., & Porporino, F. J. (1991). *The prevalence, nature and severity of mental health problems among federal male inmates in Canadian penitentiaries*. Report No. 24, Research and Statistics Branch, Correctional Service Canada.

Muran, J. C., Segal, Z. V., Samstag, L. W., & Crawford, C. E. (1994). Patient pretreatment interpersonal problems and therapeutic alliance in short-term cognitive therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62, 185-190.

Nadeau, L. (2001a). La cooccurrence de la toxicomanie et des autres troubles mentaux. Dans M. Landry, L. Guyon, & S. Brochu (2001), *Impact du traitement en alcoolisme et toxicomanie. Études québécoises*. (pp. 46-62). Québec: Les presses de l'Université Laval.

Nadeau, L. (2001b). Lorsque le tout est plus grand que la somme de ses parties: la cooccurrence de la toxicomanie et des autres troubles mentaux. *Santé mentale au Québec*, 26, 7-21.

Nadeau, L., & Biron, C. (1998). *Pour une meilleure compréhension de la toxicomanie*. Québec: Les Presses de l'Université Laval.

Newman, C. F. (1997). Establishing and maintaining a therapeutic alliance with substance abuse patient: A cognitive therapy approach. Dans L. S. Oken, J. D. Blaine, & J. J. Boren (Éds), *Beyond the therapeutic alliance: Keeping the drug-dependant individual in treatment* (pp. 181-206). U.S. Department of health and human service. National Institutes of health.

Onken, L. S., Blaine, J. D., & Boren, J. J. (1997). Treatment for drug addiction: It won't work if they don't receive it. Dans L. S. Oken, J. D. Blaine, & J. J. Boren (Éds), *Beyond the therapeutic alliance: Keeping the drug-dependant individual in treatment* (pp. 1-3). U.S. Department of health and human service. National Institutes of health.

Orsi, M.M., & Brochu, S. (soumis). Le sable dans l'engrenage: les clients sous contrainte judiciaire dans les traitements pour la toxicomanie. *Drogues, Santé et Société*.

Patterson, C. L., Uhlin, B., & Anderson, T. (2008). Clients' pretreatment counseling expectations as predictors of the working alliance. *Journal of Counseling Psychology, 55*, 528-534.

Payette, T., & Tousignant, M. (1998). *Polytoxicomanies et suicide chez les hommes*. Association québécoise de prévention du suicide, vis-à-vie.

Pernanen, K., Cousineau, M.-M., Brochu, S., & Sun, F. (2002). *Proportions des crimes associés à l'alcool et aux autres drogues au Canada*. Canada: Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et toxicomanie.

Piper, W. E., Azim, H. F. A., Joyce, A. S., McCallum, M., Nixon, G. W. H., & Segal, P. S. (1991). Quality of object relations versus interpersonal functioning as predictors of therapeutic alliance and psychotherapy outcome. *The Journal of Nervous and Mental Disease, 179*, 432-438.

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

Prochaska, J. O., DiClemente, C. C., & Norcross, J. C. (1993). In search of how people change: Applications to addictive behaviors. *American Psychologist, 44*, 1102-1114.

Rehm, J., Baliunas, D., Brochu, S., Fischer, B., Gnam, W., Patra, J., Popova, S., Sarnocinska-Hart, A., & Taylor, B. (2006). *Les coûts de l'abus de substances au Canada 2002. Points saillants*. Ontario, Ottawa: Centre canadien de la lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies.

Reynaud-Maurupt, C. (2009). *Les habitués du cannabis. Une enquête qualitative auprès des usagers réguliers*. Tendances récentes et nouvelles drogues (TREND) de l'observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT), Groupe de recherche sur la vulnérabilité sociale (GRVS).

Richard, D. (2007). *Triste paradis. Psychologie des addictions et toxicomanies*. Paris: L'univers psychologique.

Roberts, G., & Ogborne, A. (1999). *Meilleures pratiques – Alcoolisme et toxicomanie – Traitement et réadaptation*. Bureau de l'alcool, des drogues et des questions de dépendance. Santé Canada.

Sabourin, S., Gendreau, P., & Frenette, L. (1987). Le niveau de satisfaction des cas d'abandon dans un service universitaire de psychologie. *Revue Canadienne des Sciences du Comportement, 19*, 314-323.

Salmon, R. W. (1982). The role of coercion in rehabilitation of drug abusers. *Journal of Offender Counseling, Services and Rehabilitation*, 6, 59-70.

Sanchez, C. L. (2006). *Clients' perception of the therapeutic alliance with their therapists: Court-ordered sex offenders versus voluntary clients*. Thèse de doctorat inédite, International University Center for Forensic Studies Fresno Campus.

Santiago, N. J., Klein, D. N., Vivian, D., Vocisano, C., Dowling, F., Arnow, B. A., & al. (2002). Pretreatment correlates of the therapeutic alliance in the chronically depressed. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 32, 281-290.

Sarason, I. G., Levine, M. H., Basham, R. B., & Sarason, B. R. (1983). Assessing social support: The social support questionnaire. *Journal of Personality and Social Psychology*, 44, 127-139.

Sarason, I. G., Pierce, G. R., & Sarason, B. R. (1990). Social support and interactional processes: A triadic hypothesis. *Journal of Social and Personnel Relationships*, 7, 495-506.

Sarason, I. G., Sarason, B. R., & Shearin, E. H. (1986). Social support as an individual difference variable: Its stability, origins, and relational aspects. *Journal of Personality and Social Psychology*, 50, 845-855.

Sarason, I. G., Sarason, B. R., Shearin, E. H., & Pierce, G. R. (1987). A brief measure of social support: Practical and theoretical implications. *Journal of Social and Personal Relationships*, 4, 497-510.

Saunders, S. M. (2001). Pretreatment correlates of the therapeutic bond. *Journal of Clinical Psychology*, 57, 1339-1352.

Simpson, D. D., Joe, G. W., Lehman, W. E., & Sells, S.B. (1986). Addiction careers: Etiology, treatment, and 12-year follow-up outcomes. *Journal of Drug Issues*, 16, 107-122.

Simpson, D. D., Joe, G. W., Rowan-Szal, G. A., & Greener, J. (1995). Client engagement and change during drug abuse treatment. *Journal of Substance Abuse*, 7, 117-134.

Single, E. (1999). *Profil canadien, l'alcool, le tabac et les autres drogues*. Ottawa: Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies.

Skeem, J. L., Louden, J. E., & Polaschek, D. (2007). Assessing relationship quality in mandated community treatment: Blending care with control. *Psychological assessment*, 19, 397-410.

Statistique Canada (2002). *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes. Santé mentale et bien-être, 2002*. Canada: Gouvernement du Canada.

Sterba, R. (1934). The fate of the ego in analytic therapy. *International Journal of Psychoanalysis*, 15, 117-126.

Stiles, W. B., Shapiro, D., & Elliot, R. (1986). Are all psychotherapies equivalent? *American Psychologist*, 15, 215-224.

Strasser, S., Aharony, L., & Greenberger, D. (1993). The patient satisfaction process: Moving toward a comprehensive model. *Medical Care Research and Review*, 50, 219-248.

Svensson, B., & Hansson, L. (1999). Therapeutic alliance in cognitive therapy for schizophrenic and other long-term mentally ill patients: Development and relationship to outcome in an in-patient treatment programme. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 99, 281-287.

Tétrault, M., Brochu, S., Cournoyer, L.-G., Bergeron, J., Brunelle, N., Landry, M., & Tremblay, J. (2006). *La persévérance en traitement des hommes toxicomanes judiciairisés: un problème de motivation?* Recherche et Intervention sur les substances psychoactives Québec – RISQ.

Tousignant, M., & Caron, J. (2005). Quand le malheur frappe les bénéficiaires de la sécurité du revenu. Sur qui peuvent-ils s'appuyer? *Santé mentale au Québec*, 30, 85-100.

Tousignant, M., & Kovess, V. (1985). L'épidémiologie en santé mentale. Le cadre conceptuel de l'enquête Santé-Québec. *Sociologie et Sociétés: Santé mentale et Processus Sociaux*, 17, 15-26.

Tremblay, J., Allaire, G., Dufresne, J., Lecavalier, M., & Neveu, Y. (2004). *Les centres de réadaptation pour personnes alcooliques et autres toxicomanies. Chefs de file des services en toxicomanie et jeu pathologique*. Montréal: Fédération québécoise des centres de réadaptation pour personnes alcooliques toxicomanes.

Vélé, D. (2005). *Toxicomanie et conduites addictives*. Paris: Éditions Heures de France.

Verdoux, H., & Tournier, M. (2007). Cannabis: les risques pour la santé mentale. Dans J.-M. Costes (Dir.), *Cannabis, données essentielles* (pp. 97-101). Observatoire Français des drogues et des toxicomanies.

Wilson, S., & Mandelbrote, B. (1978). The relationship between duration of treatment in a therapeutic community for drug abusers and subsequent criminality. *The British Journal of Psychiatry*, 132, 487-491.

Zeitzel, E. (1956). Current concepts of transference. *International Journal of Psychoanalysis*, 37, 369-375.

Annexe A :
Questionnaires

RISQ

RECHERCHE ET INTERVENTION SUR LES SUBSTANCES PSYCHOACTIVES - QUÉBEC

950, rue de Louvain Est, Montréal (Québec) H2M 2E8

Téléphone : 514 385-3490 poste 1133 Télécopie : 514 385-4685

Courriel : risq.cirasst@ssss.gouv.qc.ca

<http://www.risq-cirasst.umontreal.ca>

Indice de Gravité d'une Toxicomanie (IGT)

5^{ème} version

L'indice de gravité d'une toxicomanie est l'adaptation de l'*Addiction Severity Index (ASI)* de McLellan, A.T., Luborsky, L., O'Brien, C.P. (1980).

Traduit et validé par le RISQ (Bergeron, J., Landry, M., Brochu, S., Guyon, L. 1998).

Le «manuel d'utilisation» est essentiel pour l'usage de ce questionnaire et une formation est requise pour la passation de ce questionnaire.

AVRIL 2001

Date de l'entrevue
Année Mois Jour

Heure début

Heure fin

Code contact
1- En personne
2- Téléphone

Nom Prénom

Numéro de dossier

Numéro de code de l'interviewer

Code postal

Âge

Sexe
1- Homme
2- Femme

Ethnie

1. Au cours des 30 derniers jours, avez-vous été en institution?

1- Oui
2- Non

Si oui, laquelle?

N/A (si non à la question précédente)

- 1- Prison, maison de transition
- 2- Traitement alcool ou drogues (ex. : Centre de réadaptation ou désintoxication)
- 3- Traitement médical (ex. : hôpital)
- 4- Traitement psychiatrique (ex. : centre de crise)
- 5- Ressources d'hébergement (ex. : pour femmes victimes de violence, pour jeunes ou sans-abri, résidences d'accueil)
- 6- Autres : (spécifiez) _____

2. Combien de jours
N/A (si non à la question 1)

À noter :

- 1- Risque de suicide
- 2- Risque de violence
- 3- Autres (précisez)

Délai-attente dossier :

- autres :

- conditions :

Non admissible :

Référé à : _____

Autres :

Fermeture de dossier :

Date :
Année Mois Jour

CONSIGNES

- Les codes « 9 » (ou « 99 », « 999 », « 9999 ») sont utilisés pour « NSP = ne sait pas » ou « refus = refus de répondre ».
- Le code N/A signifie « ne s'applique pas ».
- Items objectifs critiques (US).
- Les espaces grisés se remplissent à l'usage du centre seulement.

Note : Il est important de remplir toutes les cases (sauf si indication « allez à »). En cas de doute, utilisez l'espace prévu pour les commentaires, en indiquant le numéro de la question et donnez le plus de détails possibles.

17. Combien de fois avez-vous eu :
 ● le *delirium tremens* (alcool)?

● une surdose (drogues)?

18. Combien de fois dans votre vie avez-vous été traité :
 ● pour l'abus d'alcool uniquement?

● pour l'abus de drogues uniquement?

● pour l'abus d'alcool et de drogues?

19. Parmi ces traitements, combien étaient des cures de désintoxication seulement :
 N/A si 00 à la question 18
 ● pour l'alcool uniquement?

● pour la drogue uniquement?

● pour l'alcool et la drogue?

20. Au cours des 30 derniers jours, combien d'argent estimez-vous avoir dépensé :
 9998 = 9998\$ et plus
 9999 = NSP ou refus

● pour de l'alcool?

● pour des drogues?

21. Au cours des 30 derniers jours, combien de jours avez-vous été traité en externe pour des problèmes d'alcool ou de drogues? (y compris AA-CA-NA)

22. Au cours des 30 derniers jours, pendant combien de jours avez-vous éprouvé :
 ● des problèmes d'alcool?

● des problèmes de drogues?

QUESTIONS 23 ET 24 : DEMANDEZ À L'USAGER D'UTILISER L'ÉCHELLE D'ÉVALUATION SUBJECTIVE (0 À 4)

23. Au cours des 30 derniers jours, dans quelle mesure avez-vous été perturbé ou préoccupé par :
 ● ces problèmes d'alcool?

● ces problèmes de drogues?

24. Dans quelle mesure vous semble-t-il important, maintenant, d'avoir un traitement pour :
 ● ces problèmes d'alcool?

● ces problèmes de drogues?

ÉVALUATION DE GRAVITÉ PAR L'INTERVENANT (0 À 9)

25a. Quelle est votre estimation de la gravité du problème de l'utilisateur :
 ● pour abus d'alcool?

● pour abus de drogues?

25b. Dans quelle mesure estimez-vous que l'utilisateur a besoin de traitement :
 ● pour abus d'alcool?

● pour abus de drogues?

ÉVALUATION DE CONFIANCE

Les renseignements ci-dessus sont-ils sensiblement faussés :

26. parce que l'utilisateur dissimule la vérité?
 1- Oui 2- Non

27. parce qu'il ne comprend pas les questions?
 1- Oui 2- Non

COMMENTAIRES :



1. Combien de fois dans votre vie avez-vous été hospitalisé (24 heures et plus) pour des problèmes de santé physique? (y compris surdoses et *delirium tremens*; excluant désintoxication)

- 00- Aucune hospitalisation
- 98- 98 hospitalisations et plus
- 99- NSP ou refus

2. Combien de temps s'est écoulé depuis votre dernière hospitalisation pour un problème de santé physique?

- 00- A été hospitalisé au cours des 30 derniers jours
- 99- NSP ou refus
- N/A n'a jamais été hospitalisé

années mois

3. Avez-vous un problème chronique de santé physique qui continue de perturber votre vie?

- 1- Oui 2- Non

4. Prenez-vous régulièrement un médicament prescrit pour un problème de santé physique?

- 1- Oui 2- Non

5. Au cours des douze derniers mois, avez-vous consulté un médecin pour un problème de santé physique?

- 1- Oui 2- Non

6. Souffrez-vous d'une incapacité permanente?

- 1- Oui 2- Non allez à la question 8

7. Cette incapacité est-elle le résultat d'un accident?

- 1- Oui 2- Non → allez à la question 8

Si oui, était-ce :

- 1- Un accident de la route?
- 2- Un accident de travail?
- 3- Un accident survenu à domicile?
- 4- Un autre type d'accident (spécifiez)

8. Au cours des 30 derniers jours, pendant combien de jours avez-vous éprouvé des problèmes de santé physique?

QUESTIONS 9 ET 10 : DEMANDEZ À L'USAGER D'UTILISER L'ÉCHELLE D'ÉVALUATION SUBJECTIVE (0 À 4)

9. Au cours des 30 derniers jours, dans quelle mesure avez-vous été perturbé ou préoccupé par ces problèmes de santé physique?

10. Dans quelle mesure vous semble-t-il important maintenant de recevoir un traitement pour ces problèmes de santé physique?

ÉVALUATION DE GRAVITÉ PAR L'INTERVENANT (0 À 9)

11a. Quelle est votre estimation de la gravité du problème de l'utilisateur?

11b. Dans quelle mesure estimez-vous que l'utilisateur a besoin de traitement médical?

ÉVALUATION DE CONFIANCE

Les renseignements ci-dessus sont-ils sensiblement faussés :

12. parce que l'utilisateur dissimule la vérité?

1- Oui 2- Non

13. parce qu'il ne comprend pas les questions?

1- Oui 2- Non

COMMENTAIRES :



1. Êtes-vous présentement :

- 1- Marié(e) et vivant avec votre conjoint(e)?
- 2- Vivant en union libre avec un(e) conjoint(e)?
- 3- Séparé(e) (légalement ou non) ou divorcé(e) et ne vivant pas avec un(e) conjoint(e)?
- 4- Veuf(veuve) et ne vivant pas avec un(e) conjoint(e)?
- 5- Jamais marié(e) mais ayant vécu dans le passé avec un(e) conjoint(e) dans une union libre?
- 6- Jamais marié(e) et n'ayant jamais vécu avec un(e) conjoint(e)?

2a. Depuis combien de temps êtes-vous dans votre situation présente? (depuis l'âge de 18 ans, si code 6 à la question 1)

années				mois	

2b. Êtes-vous satisfait(e) de cette situation?

- 1- Oui
- 2- Non
- 3- Indifférent(e)

3. Actuellement, êtes-vous :

- 1- Propriétaire de votre résidence?
- 2- Locataire?
- 3- Chambreur?
- 4- Chez des parents?
- 5- En milieu institutionnel?
- 6- Sans-abri?
- 7- Autres (spécifiez) _____

4. Conditions de vie habituelles :

Actuellement 3 dernières années

--	--	--	--	--	--

- 01- Avec le(la) conjoint(e) et les enfants
- 02- Avec le(la) conjoint(e) seulement
- 03- Avec les enfants seulement
- 04- Avec les parents
- 05- Avec la famille
- 06- Avec des amis
- 07- Seul(e) ou en chambre
- 08- En milieu institutionnel
- 09- Avec un(des) colocataire(s)
- 10- Sans-abri
- 11- Pas de conditions de vie stables (s'applique seulement aux 3 dernières années)

5a. Depuis combien de temps vivez-vous dans les conditions actuelles? (depuis l'âge de 18 ans, si vous vivez avec vos parents ou votre famille)

01- 15 jours à 1 mois

années				mois	

5b. Êtes-vous satisfait(e) de ces conditions de vie?

- 1- Oui
- 2- Non
- 3- Indifférent(e)

6a. Vivez-vous avec quelqu'un qui a des problèmes avec l'alcool? :

- 1- Oui
- 2- Non
- 9- NSP ou refus

6b. Vivez-vous avec quelqu'un qui fait un usage non-médical de drogues?

- 1- Oui
- 2- Non
- 9- NSP ou refus

7a. Avec qui passez-vous la plupart de vos temps libres?

- 1- La famille
- 2- Les amis
- 3- Seul(e)

7b. Êtes-vous satisfait(e) de cette façon de passer vos temps libres?

- 1- Oui
- 2- Non
- 3- Indifférent(e)

8. Combien d'amis intimes avez-vous?

--	--

COMMENTAIRES :

Personnes		A	B	C	D	E		F	G	H		I	J	K	L	
		Mère bio.	Mère adopt.	Père bio.	Père adopt.	Frères		Soeurs	Conjoint	Enfants °		Autres parents imp.	Amis	Voisins	Coll. de travail	
						Nbre :		Nbre :		Nbre :						
9. Avez-vous connu des périodes significatives de graves problèmes de relations avec...	30 derniers jours															
	à vie															
A votre avis, certains de vos proches ont-ils eu :						(1)	(2)	(1)	(2)		(1)	(2)				
10. des problèmes avec l'alcool?									*	*	*					
11. des problèmes avec des drogues?									*	*	*					
12. des problèmes psychiatriques?									*	*	*					
13. Estimez-vous avoir établi une relation étroite et durable avec les personnes suivantes?																
1-Oui 2-Non 9-NSP ou refus		N/A – ne s'applique pas car l'usager n'a aucune personne du type mentionné (exemple : pas de mère adoptive) ou n'a eu aucun contact ou personne décédée (sauf question 13)								° Demandez l'âge de ou des enfants(s) et inscrivez ici :						
		* Facultatif														

14. Avez-vous déjà été abusé émotionnellement

(par des propos injurieux) :

1-Oui 2-Non

● dans les 30 derniers jours?

● dans la vie?

15. Avez-vous déjà été abusé physiquement

(en ayant eu des dommages corporels) :

1-Oui 2-Non

● dans les 30 derniers jours?

● dans la vie?

16. Avez-vous déjà été abusé sexuellement

(en vous faisant imposer des avances ou des relations sexuelles) :

1-Oui 2-Non

● dans les 30 derniers jours?

● dans la vie?

17. Au cours des 30 derniers jours, pendant combien de jours avez-vous été en conflit grave :

a) avec votre famille?

b) avec d'autres personnes? (à l'exception de la famille)

QUESTIONS 18 À 21 : DEMANDEZ À L'USAGER D'UTILISER L'ÉCHELLE D'ÉVALUATION SUBJECTIVE (0 À 4)

Au cours des 30 derniers jours, dans quelle mesure avez-vous été perturbé ou préoccupé par :

18. vos problèmes familiaux?

19. vos problèmes de relation avec les autres (y compris les problèmes reliés à l'isolement et à la solitude?)

Dans quelle mesure vous semble-t-il important d'obtenir un traitement ou de l'aide pour :

20. vos problèmes familiaux?

21. vos problèmes de relation avec les autres? (y compris les problèmes reliés à l'isolement et à la solitude?)

ÉVALUATION DE GRAVITÉ PAR L'INTERVENANT (0 À 9)

22a. Quelle est votre estimation de la gravité du problème de l'usager :

22b. Dans quelle mesure estimez-vous que l'usager a besoin de counselling familial et/ou interpersonnel?

ÉVALUATION DE CONFIANCE

Les renseignements ci-dessus sont-ils sensiblement faussés :

23. parce que l'usager dissimule la vérité? 1- Oui 2- Non

24. parce qu'il ne comprend pas les questions? 1- Oui 2- Non



1. Combien de fois avez-vous été traité pour des problèmes psychologiques ou émotionnels :

- dans un hôpital?
- en clinique externe ou en pratique privée?

Avez-vous connu une période prolongée, NE RÉSULTANT PAS DE LA CONSOMMATION DE DROGUES OU D'ALCOOL, au cours de laquelle vous avez :

2. eu une **dépression grave** (tristesse, désespoir, perte d'intérêt importante, apathie, sentiment de culpabilité, crises de larmes)?

30 derniers jours dans votre vie
pendant au moins 2 semaines

1- Oui 2- Non 9- NSP ou refus

3. souffert d'**anxiété ou de tensions graves** (sensation de tension, d'incapacité de se détendre, crainte déraisonnable)?

30 derniers jours dans votre vie
pendant au moins 2 semaines

1- Oui 2- Non 9- NSP ou refus

4. souffert d'**hallucinations** (voir des choses, des gens ou entendre des voix qui n'existent pas, même si la durée a été brève)?

30 derniers jours dans votre vie

1- Oui 2- Non 9- NSP ou refus

5. éprouvé des troubles graves de concentration, de mémorisation et/ou de compréhension?

30 derniers jours dans votre vie
pendant au moins 2 semaines

1- Oui 2- Non 9- NSP ou refus

Avez-vous connu une période RÉSULTANT OU NON DE LA CONSOMMATION D'ALCOOL OU DE DROGUES, au cours de laquelle vous avez :

6. éprouvé des difficultés à maîtriser un comportement violent?

30 derniers jours dans votre vie

1- Oui 2- Non 9- NSP ou refus

7. tenté de vous blesser intentionnellement (autre que tentative de suicide)?

30 derniers jours dans votre vie

1- Oui 2- Non 9- NSP ou refus

8. eu de fortes pensées suicidaires (avec scénario)?

30 derniers jours dans votre vie

1- Oui 2- Non 9- NSP ou refus

9. tenté de vous suicider?

30 derniers jours dans votre vie

1- Oui 2- Non 9- NSP ou refus

10. eu un médicament prescrit pour un problème psychologique ou émotionnel?

30 derniers jours dans votre vie

1- Oui 2- Non 9- NSP ou refus

11. Au cours des 30 derniers jours, pendant combien de jours avez-vous éprouvé ces problèmes psychologiques ou émotionnels?

QUESTIONS 12 ET 13 : DEMANDEZ À L'USAGER D'UTILISER L'ÉCHELLE D'ÉVALUATION SUBJECTIVES (0 À 4)

12. Au cours des 30 derniers jours, dans quelle mesure avez-vous été perturbé ou préoccupé par ces problèmes psychologiques ou émotionnels?

13. Dans quelle mesure vous semble-t-il important maintenant de recevoir un traitement pour ces problèmes psychologiques ou émotionnels?

QUESTIONS À L'USAGE DE L'INTERVENANT

(Aux questions 14, 16 et 19, en cas de doute, demandez à l'utilisateur)

AU MOMENT DE L'ENTREVUE, L'USAGER EST-IL :

14. visiblement déprimé ou en retrait?
1- Oui 2- Non

15. visiblement hostile?
1- Oui 2- Non

16. visiblement anxieux ou nerveux?
1- Oui 2- Non

17. A-t-il des difficultés à évaluer objectivement la situation, des troubles de la pensée, une pensée paranoïde?
1- Oui 2- Non

18. A-t-il des difficultés à comprendre, à se concentrer et à se souvenir?
1- Oui 2- Non

19. A-t-il des pensées suicidaires?
1- Oui 2- Non

ÉVALUATION DE GRAVITÉ PAR L'INTERVENANT (0 À 9)

20a. Quelle est votre estimation de la gravité du problème de l'utilisateur?

20b. Dans quelle mesure estimez-vous que l'utilisateur a besoin de traitement psychiatrique/psychologique?

ÉVALUATION DE CONFIANCE

Les renseignements ci-dessus sont-ils sensiblement faussés :

21. parce que l'utilisateur dissimule la vérité?
1- Oui 2- Non

22. parce qu'il ne comprend pas les questions?
1- Oui 2- Non

COMMENTAIRES :



☞ 1. Quel est le plus haut niveau de scolarité que vous avez complété (notez le code correspondant à la scolarité complétée)?

- 00- Aucune scolarité ou uniquement l'école maternelle
- 01- Première année
- 02- Deuxième année
- 03- Troisième année
- 04- Quatrième année
- 05- Cinquième année
- 06- Sixième année
- 07- Septième année
- 08- Huitième année ou secondaire I
- 09- Neuvième année ou secondaire II
- 10- Dixième année ou secondaire III
- 11- Onzième année ou secondaire IV
- 12- Douzième année ou secondaire V
- 13- Études partielles dans un Cégep, une école de métiers ou un collège commercial privé, un institut technique, une école de sciences infirmières, une école normale
- 14- Diplôme ou certificat d'études d'un Cégep, d'une école de métiers ou un collège commercial privé, un institut technique, une école de sciences infirmières, une école normale
- 15- Études partielles à l'université, Certificat(s) universitaire(s)
- 16- Baccalauréat, Maîtrise ou Doctorat acquis

☞ 2. Autre formation (perfectionnement / en cours d'emploi / chômage)?

- 98- 98 mois et plus
- 99- NSP ou refus

☞ 3. Avez-vous une profession ou un métier?

- 1- Oui (Spécifiez) _____
- 2- Non

4. Avez-vous un permis de conduire valide?

- 1- Oui
- 2- Non, permis non renouvelé
- 3- Non, permis suspendu
- 4- Non, n'en a jamais eu

5. Pouvez-vous disposer d'un véhicule automobile?

- 1- Oui
- 2- Non

(Codez 2, si pas de permis valide)

☞ 6. Quelle a été la durée de votre plus long emploi régulier?

années mois

7. Occupation habituelle (ou dernière occupation)?

Spécifiez :

8. Quelqu'un d'autre contribue-t-il à votre soutien financier d'une manière ou d'une autre?

1- Oui 2- Non → aller à la question 10a.

9. Si oui, cela représente-t-il l'essentiel de vos ressources financières?

1- Oui 2- Non

☞ 10a. Type d'activité habituelle.

actuellement 3 dernières années

- 1- travail à plein temps (35 heures/semaine)
- 2- travail à temps partiel (heures régulières)
- 3- travail à temps partiel (heures irrégulières ou travail à la journée)
- 4- travail saisonnier (combinaison travail chômage)
- 5- études
- 6- retraite
- 7- invalidité
- 8- assurance-emploi (chômage)
- 9- séjour en milieu institutionnel
- 10- sécurité du revenu (B.E.S.)
- 11- au foyer
- 12- autres (incluant activités illégales)
- 13- conditions instables (plusieurs situations de durées variables)

10b. Êtes-vous satisfait(e) de votre situation actuelle?

1- Oui 2- Non 3- Indifférent(e)

11. Au cours des 30 derniers jours, combien de jours de travail vous a-t-on payés (y compris un travail au noir)?

AU COURS DES 30 DERNIERS JOURS, COMBIEN D'ARGENT AVEZ-VOUS REÇU DES SOURCES SUIVANTES :

9998 = 9998\$ et plus 9999 = NSP ou refus

12. emploi (revenu net)?

13. prestations de chômage?

14. aide sociale?

15. pension, prestations CSST (sans lien d'emploi), RRQ, IVAC, SAAQ, allocations familiales, pension alimentaire?

16. conjoint, famille ou amis, prêts et bourses, revenus imprévus tel TPS, retour d'impôts, loterie?

17. sources illégales?

18. Combien de personnes dépendent de vous pour la plus grande partie de leurs besoins (nourriture, logement, etc.)?

19a. Au cours des 30 derniers jours, pendant combien de jours avez-vous eu des problèmes d'emploi?
00- aucun jour (inclut aucune recherche d'emploi)

19b. Au cours des 30 derniers jours, pendant combien de jours avez-vous fait des démarches pour vous réinsérer sur le marché du travail?

QUESTIONS 20 ET 21 : DEMANDEZ À L'USAGER D'UTILISER L'ÉCHELLE D'ÉVALUATION SUBJECTIVES (0 À 4)

20. Au cours des 30 derniers jours, dans quelle mesure avez-vous été perturbé ou préoccupé par ces problèmes d'emploi?

21. Dans quelle mesure vous semble-t-il important, maintenant, de recevoir de l'aide pour ces problèmes d'emploi?

ÉVALUATION DE GRAVITÉ PAR L'INTERVENANT (0 À 9)

22a. Quelle est votre estimation de la gravité du problème de l'usager?

22b. Dans quelle mesure estimez-vous que l'usager a besoin de counselling d'emploi?

23. Cette demande a-t-elle été provoquée ou exigée par votre employeur?
1- Oui 2- Non

24. Avez-vous perdu ou quitté un ou plusieurs emplois à cause de la consommation de drogues ou d'alcool?
1- Oui 2- Non

25. Quel est le montant de vos dettes? (détaillez en commentaires)
99998 = 99998\$ et plus
99999 = NSP ou refus

26. Quel est votre revenu personnel annuel? (utilisez l'échelle des revenus ci-dessous)
1- 0 000 \$ - 00 999 \$
2- 1 000 \$ - 05 999 \$
3- 6 000 \$ - 11 999 \$
4- 12 000 \$ - 19 999 \$
5- 20 000 \$ - 29 999 \$
6- 30 000 \$ - 39 999 \$
7- 40 000 \$ - 49 999 \$
8- 50 000 \$ et plus
9- NSP pour refus

27. Quel est le revenu annuel de votre famille? (utilisez l'échelle des revenus de la question précédente)

ÉVALUATION DE CONFIANCE

Les renseignements ci-dessus sont-ils sensiblement faussés :

28. parce que l'usager dissimule la vérité?
1- Oui 2- Non

29. parce qu'il ne comprend pas les questions?
1- Oui 2- Non

COMMENTAIRES :



1. Cette admission a-t-elle été imposée ou suggérée par le système judiciaire et/ou par le système social?

1- Oui 2- Non → allez à la question 2

Si oui lequel?

● **Système judiciaire**

- 1- agent de probation
- 2- agent de libération conditionnelle
- 3- avocat
- 4- juge (libération sous caution)
- 5- autres : (spécifiez) _____

● **Système social**

- 6- intervenants des Centres Jeunesse
- 7- autres intervenants du réseau
- 8- avocat ou juge (Tribunal de la Jeunesse)

2. Présentement, êtes-vous :

- 1- en libération conditionnelle?
- 2- en probation?
- 3- en maison de transition?
- 4- autres (ex. : prison, pénitencier)? (spécifiez) _____
- 5- aucune mesure légale?

COMBIEN DE FOIS DANS VOTRE VIE AVEZ-VOUS ÉTÉ INculpÉ (ACCUSÉ) DES INFRACTIONS OU DÉLITS SUIVANTS :

3. désordre, vagabondage, ivresse publique?

4. infractions majeures au Code de la route (ex. : conduite dangereuse, conduite sans permis)?

5a. De combien de ces inculpations avez-vous été reconnu coupable?
N/A si jamais inculpé

5b. Combien de sentences avez-vous reçues pour ces condamnations?
N/A si jamais condamné

COMBIEN DE FOIS DANS VOTRE VIE AVEZ-VOUS ÉTÉ INculpÉ (ACCUSÉ) DES DÉLITS OU CRIMES SUIVANTS (c.f. Code criminel) :

6. infractions contre l'application de la loi (ex. : désobéissance à une ordonnance de la Cour, bris de probation, entraves à la justice telles les évasions ou les omissions de comparaître)?

7. fraude (ex. : vol de carte de crédit, escroquerie telle fabrication ou usage de faux)?

8. port d'arme illégal (ex. : posséder ou utiliser une arme à feu sans permis)?

9. infractions hors classe (ex. : libelle diffamatoire, fabrication de fausse monnaie)?

10. drogues (possession ou trafic)?

11. méfait (ex. : introduction par effraction, vandalisme, crime d'incendie, troubler la paix, braconnage.)?

12. conduite avec facultés affaiblies (et/ou défaut ou refus de fournir un échantillon d'haleine ou de sang)?

13. vol (recel, vol sans arme et sans menace de violence sur la personne)?

14. infractions d'ordre sexuel (prostitution, proxénétisme)?

15. voies de fait (menace de mort, agression physique)?

16. négligence criminelle (délit de fuite)?

17. vol qualifié (avec une arme ou menace de violence sur la personne)?

18. viol, inceste, agression sexuelle?

19. homicide, meurtre (tentative de meurtre)?

20a. De combien de ces inculpations (6 à 19) avez-vous été reconnu coupable?
N/A si jamais inculpé

20b. Combien de sentences avez-vous reçues pour ces condamnations?
N/A si jamais condamné

21a. Combien de mois avez-vous été détenu? mois

- 00- moins de 15 jours, ou jamais inculpé, ou autres types de sentences → allez à la question 24
- 98 98 mois et plus
- 99 NSP ou refus

21b. Cela représente combien d'épisodes de détention au total?

22. Combien de temps a duré votre dernière détention?
 01- 15 jours ou plus
 98- 98 mois et plus
 99- NSP ou refus
 mois

23. Pour quel délit étiez-vous détenu?
 3-4, 6-19, code correspondant à l'item ou au délit.
 Si plusieurs délits, codez le plus grave, les délits étant ordonnés selon l'ordre croissant de gravité.

24. Présentement, êtes-vous en instance d'inculpation, de procès ou de sentence?
 1- Oui 2- Non → allez à la question 26a

Si oui, êtes-vous :
 1- en instance d'inculpation?
 2- en attente de procès?
 3- en attente de sentence?

25. Pour quel délit?
 3-4, 6-19, code correspondant à l'item ou au délit.
 Si plusieurs délits, notez le plus grave, les délits étant ordonnés selon un ordre croissant de gravité.

26a. À quel âge avez-vous fait votre premier geste délinquant (acte ou infraction passible d'être traduit en justice au criminel)?
 00 si aucun geste délinquant

26b. Quel âge aviez-vous lors de votre dernière inculpation pour un délit (code criminel)?
 00 si aucune inculpation

27. Au cours des 30 derniers jours, pendant combien de jours avez-vous été détenu?

28. Au cours des 30 derniers jours, pendant combien de jours vous êtes-vous adonné à des activités illégales en vue d'en tirer profit?

QUESTIONS 29a À 29c : DEMANDEZ À L'USAGER D'UTILISER L'ÉCHELLE D'ÉVALUATION SUBJECTIVES (0 À 4)

29a. Dans quelle mesure pensez-vous que vos problèmes judiciaires actuels sont graves?
 (exclure les problèmes civils)

29b. Dans quelle mesure vous semble-t-il important, maintenant, d'avoir de l'aide ou une consultation pour ces problèmes judiciaires?

29c. Dans quelle mesure vous semble-t-il important, maintenant, de recevoir des services psychosociaux pour vos problèmes judiciaires?

ÉVALUATION DE GRAVITÉ PAR L'INTERVENANT (0 À 9)

30a. Quelle est votre estimation de la gravité du problème de l'usager?

30b. Dans quelle mesure estimez-vous que l'usager a besoin de services juridiques ou de counselling?

30c. Comment évaluez-vous son besoin de services psychosociaux en regard de son profil de délinquance?

ÉVALUATION DE CONFIANCE

Les renseignements ci-dessus sont-ils sensiblement faussés :

31. parce que l'usager dissimule la vérité?
 1- Oui 2- Non

32. parce qu'il ne comprend pas les questions?
 1- Oui 2- Non

COMMENTAIRES :

COMMENTAIRES ADDITIONNELS

Page, question	Commentaires

CODE _____

DATE _____

QUESTIONNAIRE SUR LE BIEN-ÊTRE PERSONNEL

Lisez attentivement chaque phrase et encerclez le chiffre qui décrit le mieux votre état au cours des SEPT (7) DERNIERS JOURS:

ENCERCLEZ VOTRE RÉPONSE

	Jamais	De temps en temps	Assez souvent	Très souvent
1- Vous êtes-vous senti(e) ralenti(e) ou avez-vous manqué d'énergie?	1	2	3	4
2- Avez-vous eu des étourdissements ou l'impression que vous alliez vous évanouir?	1	2	3	4
3- Avez-vous senti que votre coeur battait vite ou fort sans avoir fait d'effort physique?	1	2	3	4
4- Avez-vous eu des difficultés à vous concentrer?	1	2	3	4
5- Vous êtes-vous senti(e) désespéré(e) en pensant à l'avenir?	1	2	3	4
6- Vous êtes-vous senti(e) seul(e)?	1	2	3	4
7- Avez-vous eu des blancs de mémoire?	1	2	3	4
8- Avez-vous perdu intérêt ou plaisir dans votre vie sexuelle?	1	2	3	4
9- Avez-vous transpiré sans avoir travaillé fort ou avoir eu trop chaud?	1	2	3	4

ENCERCLEZ VOTRE RÉPONSE

	Jamais	De temps en temps	Assez souvent	Très souvent
10- Vous êtes-vous senti(e) découragé(e) ou avez-vous eu les "bleus"?	1	2	3	4
11- Vous êtes-vous senti(e) tendu(e) ou sous pression?	1	2	3	4
12- Vous êtes-vous mis(e) en colère contre quelqu'un ou quelque chose?	1	2	3	4
13- Avez-vous eu l'estomac dérangé ou senti des brûlements d'estomac?	1	2	3	4
14- Vous êtes-vous senti(e) ennuyé(e) ou peu intéressé(e) par les choses?	1	2	3	4
15- Avez-vous remarqué que vos mains tremblaient?	1	2	3	4
16- Avez-vous ressenti des peurs ou des craintes?	1	2	3	4
17- Avez-vous eu des difficultés à vous souvenir des choses?	1	2	3	4
18- Avez-vous eu des difficultés à vous endormir ou à rester endormi(e)?	1	2	3	4
19- Avez-vous pleuré facilement ou vous êtes-vous senti(e) sur le point de pleurer?	1	2	3	4
20- Avez-vous eu de la difficulté à reprendre votre souffle?	1	2	3	4
21- Avez-vous manqué d'appétit?	1	2	3	4

ENCERCLEZ VOTRE RÉPONSE

		Jamais	De temps en temps	Assez souvent	Très souvent
22-	Avez-vous dû éviter des endroits, des activités ou des choses parce que cela vous faisait peur?	1	2	3	4
23-	Vous êtes-vous senti(e) nerveux(se) ou agité(e) intérieurement?	1	2	3	4
24-	Avez-vous pensé que vous pourriez mettre fin à vos jours?	1	2	3	4
25-	Avez-vous eu envie de critiquer les autres?	1	2	3	4
26-	Vous êtes-vous senti(e) facilement contrarié(e) ou irritable?	1	2	3	4
27-	Vous êtes-vous fâché(e) pour des choses sans importance?	1	2	3	4
28-	Avez-vous eu des difficultés à prendre des décisions?	1	2	3	4
29-	Avez-vous eu des tensions ou des raideurs dans votre cou, votre dos ou d'autres muscles?	1	2	3	4

CODE : _____

DATE : _____

EVALUATION DU SUPPORT SOCIAL

DIRECTIVES

Le but de ce questionnaire est de déterminer s'il y a, dans votre entourage, des personnes qui peuvent vous aider ou vous supporter, si vous en avez besoin. Chacune des questions comprend deux parties (A et B). Dans la partie A, nous vous demandons d'indiquer si dans certaines situations, vous connaissez des personnes qui peuvent vous aider ou vous supporter. Dans la partie B, nous vous demandons jusqu'à quel point cela vous satisfait.

Si pour une situation donnée, vous ne pouvez recevoir l'aide de personne, faites un crochet (✓) à côté du mot « Personne » (partie A) et indiquez jusqu'à quel point cela vous satisfait (partie B).

Vous pouvez être assuré(e) de l'entière confidentialité de vos réponses. Veuillez répondre de votre mieux à toutes les questions.

EXEMPLE :

L'exemple qui suit vous aidera à mieux comprendre les directives. Vous n'avez pas à y répondre.

Question : Sur qui pouvez-vous compter pour lui dire tout ce que vous pensez ?

A) S'il y a une ou plusieurs personnes sur qui vous pouvez compter, inscrivez leur prénom ou leurs initiales et précisez de qui il s'agit. Par exemple :

- | | | | | |
|------------------|------------------|-------------------|--------------------|----------|
| 1. <u>Carole</u> | <u>soeur</u> | 4. <u>C.L.</u> | <u>amie</u> | 7. _____ |
| 2. <u>André</u> | <u>cousin</u> | 5. <u>S.B.</u> | <u>intervenant</u> | 8. _____ |
| 3. <u>P.M.</u> | <u>employeur</u> | 6. <u>Bernard</u> | <u>prêtre</u> | 9. _____ |

Personne _____

Si la réponse de cet exemple avait été qu'il n'y a personne sur qui vous pouvez compter, vous auriez fait un crochet (✓) à côté du mot « Personne ».

B) Indiquez jusqu'à quel point, pour l'ensemble de ces personnes, le support que vous recevez vous satisfait, en encerclant le chiffre correspondant. Par exemple :

+3	<u>+2</u>	+1	-1	-2	-3
Très	Moyennement	Plutôt	Plutôt	Moyennement	Très
Satisfait(e)	satisfait(e)	Satisfait(e)	insatisfait(e)	insatisfait(e)	insatisfait(e)

Vous pouvez maintenant commencer à répondre au questionnaire.

1- **Sur qui pouvez-vous compter quand vous avez besoin d'aide ?**

A) Indiquez le prénom ou les initiales et de qui il s'agit...

1. _____ 4. _____ 7. _____
 2. _____ 5. _____ 8. _____
 3. _____ 6. _____ 9. _____

Personne _____

B) Indiquez jusqu'à quel point, pour l'ensemble de ces personnes, le support que vous recevez vous satisfait. (Si vous n'avez personne, comment vous sentez-vous par rapport à cette situation...)

+3	+2	+1	-1	-2	-3
Très	Moyennement	Plutôt	Plutôt	Moyennement	Très
Satisfait(e)	satisfait(e)	Satisfait(e)	insatisfait(e)	insatisfait(e)	insatisfait(e)

2- **Sur qui pouvez-vous réellement compter pour vous aider à vous détendre quand vous êtes tendu(e) ou quand vous faites face à des difficultés ?**

A) Indiquez le prénom ou les initiales et de qui il s'agit...

1. _____ 4. _____ 7. _____
 2. _____ 5. _____ 8. _____
 3. _____ 6. _____ 9. _____

Personne _____

B) Indiquez jusqu'à quel point, pour l'ensemble de ces personnes, le support que vous recevez vous satisfait. (Si vous n'avez personne, comment vous sentez-vous par rapport à cette situation...)

+3	+2	+1	-1	-2	-3
Très	Moyennement	Plutôt	Plutôt	Moyennement	Très
Satisfait(e)	satisfait(e)	Satisfait(e)	insatisfait(e)	insatisfait(e)	insatisfait(e)

3- Qui vous acceptez totalement avec vos bons et vos mauvais côtés ?

A) Indiquez le prénom ou les initiales et de qui il s'agit...

1. _____ 4. _____ 7. _____
 2. _____ 5. _____ 8. _____
 3. _____ 6. _____ 9. _____

Personne _____

B) Indiquez jusqu'à quel point, pour l'ensemble de ces personnes, le support que vous recevez vous satisfait. (Si vous n'avez personne, comment vous sentez-vous par rapport à cette situation...)

+3	+2	+1	-1	-2	-3
Très	Moyennement	Plutôt	Plutôt	Moyennement	Très
Satisfait(e)	satisfait(e)	Satisfait(e)	insatisfait(e)	insatisfait(e)	insatisfait(e)

4- Est-ce qu'il y a quelqu'un qui vous aime toujours quoi qu'il arrive ?

A) Indiquez le prénom ou les initiales et de qui il s'agit...

1. _____ 4. _____ 7. _____
 2. _____ 5. _____ 8. _____
 3. _____ 6. _____ 9. _____

Personne _____

B) Indiquez jusqu'à quel point, pour l'ensemble de ces personnes, le support que vous recevez vous satisfait. (Si vous n'avez personne, comment vous sentez-vous par rapport à cette situation...)

+3	+2	+1	-1	-2	-3
Très	Moyennement	Plutôt	Plutôt	Moyennement	Très
Satisfait(e)	satisfait(e)	Satisfait(e)	insatisfait(e)	insatisfait(e)	insatisfait(e)

5- Sur qui pouvez-vous réellement compter quand vous avez l'impression que vous n'en pouvez plus ?

A) Indiquez le prénom ou les initiales et de qui il s'agit...

1. _____ 4. _____ 7. _____
 2. _____ 5. _____ 8. _____
 3. _____ 6. _____ 9. _____

Personne _____

B) Indiquez jusqu'à quel point, pour l'ensemble de ces personnes, le support que vous recevez vous satisfait. (Si vous n'avez personne, comment vous sentez-vous par rapport à cette situation...)

+3	+2	+1	-1	-2	-3
Très	Moyennement	Plutôt	Plutôt	Moyennement	Très
Satisfait(e)	satisfait(e)	Satisfait(e)	insatisfait(e)	insatisfait(e)	insatisfait(e)

6- Sur qui pouvez-vous compter pour vous consoler quand vous êtes bouleversé(e) ou que vous avez beaucoup de peine ?

A) Indiquez le prénom ou les initiales et de qui il s'agit...

1. _____ 4. _____ 7. _____
 2. _____ 5. _____ 8. _____
 3. _____ 6. _____ 9. _____

Personne _____

B) Indiquez jusqu'à quel point, pour l'ensemble de ces personnes, le support que vous recevez vous satisfait. (Si vous n'avez personne, comment vous sentez-vous par rapport à cette situation...)

+3	+2	+1	-1	-2	-3
Très	Moyennement	Plutôt	Plutôt	Moyennement	Très
Satisfait(e)	satisfait(e)	Satisfait(e)	insatisfait(e)	insatisfait(e)	insatisfait(e)

7- **Sur qui pouvez-vous compter pour vous aider et vous soutenir dans la démarche que vous entreprenez présentement à Domrémy ?**

A) Indiquez le prénom ou les initiales et de qui il s'agit...

1. _____ 4. _____ 7. _____

2. _____ 5. _____ 8. _____

3. _____ 6. _____ 9. _____

Personne _____

B) Indiquez jusqu'à quel point, pour l'ensemble de ces personnes, le support que vous recevez vous satisfait. (Si vous n'avez personne, comment vous sentez-vous par rapport à cette situation...)

+3	+2	+1	-1	-2	-3
Très	Moyennement	Plutôt	Plutôt	Moyennement	Très
Satisfait(e)	satisfait(e)	Satisfait(e)	insatisfait(e)	insatisfait(e)	insatisfait(e)

8- **Parmi les personnes que vous avez nommées précédemment, indiquez celles avec qui vous consommez régulièrement ?**

Indiquez le prénom ou les initiales et de qui il s'agit...

1. _____ 4. _____ 7. _____

2. _____ 5. _____ 8. _____

3. _____ 6. _____ 9. _____

Personne _____

Code: _____ Date: _____

MOTIFS DE CONSULTATION

Un grand nombre de personnes qui ont des problèmes de consommation d'alcool ou de drogues viennent chercher de l'aide dans des centres tels que Domrémy. Dans ce sens, nous aimerions savoir pourquoi vous avez décidé de venir en traitement.

1a. Durant la dernière année, avez-vous reçu un **AVERTISSEMENT OU UNE MENACE DE VOTRE CONJOINT(E) OU D'UNE AUTRE PERSONNE SIGNIFICATIVE (famille, amis)**, concernant votre consommation d'alcool ou de drogues?

- 1) Non
 2) Oui

Si oui, lorsque cela est arrivé, jusqu'à quel point cette expérience a-t-elle influencé votre engagement à faire quelque chose à propos de votre problème de consommation d'alcool ou de drogues?

1	2	3	4	5
Pas du tout influencé	Un peu influencé	Moyennement influencé	Considérablement influencé	Beaucoup influencé

1b. Est-ce que votre demande actuelle de traitement est **EXIGÉE PAR CETTE OU CES PERSONNES?**

- 1) Non
 2) Oui

2. Durant la dernière année, avez-vous éprouvé des **PROBLÈMES SÉRIEUX DE SANTÉ** ou avez vous reçu un **AVERTISSEMENT DE VOTRE MÉDECIN** reliés directement à votre consommation d'alcool ou de drogues?

- 1) Non
 2) Oui

Si oui, lorsque cela est arrivé, jusqu'à quel point cette expérience a-t-elle influencé votre engagement à faire quelque chose à propos de votre problème de consommation d'alcool ou de drogues?

1	2	3	4	5
Pas du tout influencé	Un peu influencé	Moyennement influencé	Considérablement influencé	Beaucoup influencé

3. Durant la dernière année, avez-vous eu l'**IMPRESSION D'AVOIR ATTEINT VOTRE BAS FOND OU D'ÊTRE AU BOUT DU ROULEAU** concernant votre problème d'alcool ou de drogues?

1) Non
 2) Oui

Si oui, lorsque cela est arrivé, jusqu'à quel point cette expérience a-t-elle influencé votre engagement à faire quelque chose à propos de votre problème de consommation d'alcool ou de drogues?

1	2	3	4	5
Pas du tout influencé	Un peu influencé	Moyennement influencé	Considérablement influencé	Beaucoup influencé

4. Durant la dernière année, avez-vous eu l'intention de poser des gestes précis en rapport avec votre problème de consommation d'alcool ou de drogues parce que vous **CONNAISSIEZ QUELQU'UN QUI A RÉGLÉ SON PROBLÈME DE CONSOMMATION D'ALCOOL OU DE DROGUES?**

1) Non
 2) Oui

Si oui, lorsque cela est arrivé, jusqu'à quel point cette expérience a-t-elle influencé votre engagement à faire quelque chose à propos de votre problème de consommation d'alcool ou de drogues?

1	2	3	4	5
Pas du tout influencé	Un peu influencé	Moyennement influencé	Considérablement influencé	Beaucoup influencé

5. Durant la dernière année, avez vous vécu **UNE EXPÉRIENCE RELIGIEUSE OU SPIRITUELLE** quelconque directement reliée à votre problème de consommation d'alcool ou de drogues?

1) Non
 2) Oui

Si oui, lorsque cela est arrivé, jusqu'à quel point cette expérience a-t-elle influencé votre engagement à faire quelque chose à propos de votre problème de consommation d'alcool ou de drogues?

1	2	3	4	5
Pas du tout influencé	Un peu influencé	Moyennement influencé	Considérablement influencé	Beaucoup influencé

6. Durant la dernière année, avez-vous **VÉCU UN CHANGEMENT MAJEUR DANS VOTRE STYLE DE VIE** (perte du conjoint(e), perte de la garde des enfants etc.) spécifiquement relié à votre problème de consommation d'alcool ou de drogues?

1) Non
 2) Oui

Si oui, lorsque cela est arrivé, jusqu'à quel point cette expérience a-t-elle influencé votre engagement à faire quelque chose à propos de votre problème de consommation d'alcool ou de drogues?

1	2	3	4	5
Pas du tout influencé	Un peu influencé	Moyennement influencé	Considérablement influencé	Beaucoup influencé

7. Durant la dernière année, avez-vous **VÉCU UN ÉVÉNEMENT TRAUMATISANT** (accident, mort d'un proche, condamnation à la cour, etc.) spécifiquement relié à votre problème de consommation d'alcool ou de drogues?

___ 1) Non
___ 2) Oui

Si oui, lorsque cela est arrivé, jusqu'à quel point cette expérience a-t-elle influencé votre engagement à faire quelque chose à propos de votre problème de consommation d'alcool ou de drogues?

1	2	3	4	5
Pas du tout influencé	Un peu influencé	Moyennement influencé	Considérablement influencé	Beaucoup influencé

8. Durant la dernière année, est-ce que **VOTRE EMPLOI A ÉTÉ MENACÉ** à cause de votre problème de consommation d'alcool ou de drogues?

___ 1) Non
___ 2) Oui

Si oui, lorsque cela est arrivé, jusqu'à quel point cette expérience a-t-elle influencé votre engagement à faire quelque chose à propos de votre problème de consommation d'alcool ou de drogues?

1	2	3	4	5
Pas du tout influencé	Un peu influencé	Moyennement influencé	Considérablement influencé	Beaucoup influencé

9. Durant la dernière année, est-ce qu'**UN INTERVENANT DU SYSTEME JUDICIAIRE (juge, avocat, DPJ) VOUS A CONFRONTÉ À PROPOS DE VOTRE PROBLÈME** de consommation d'alcool ou de drogues?

___ 1) Non
___ 2) Oui

Si oui, lorsque cela est arrivé, jusqu'à quel point cette expérience a-t-elle influencé votre engagement à faire quelque chose à propos de votre problème de consommation d'alcool ou de drogues?

1	2	3	4	5
Pas du tout influencé	Un peu influencé	Moyennement influencé	Considérablement influencé	Beaucoup influencé

10. Durant la dernière année, avez-vous vécu **AUTRE CHOSE** spécifiquement relié à votre problème de consommation d'alcool ou de drogues qui n'a pas été couvert par les autres questions?

1) Non

2) Oui **Si oui, décrivez ce qui est arrivé.**

Si oui, lorsque cela est arrivé, jusqu'à quel point cette expérience a-t-elle influencé votre engagement à faire quelque chose à propos de votre problème de consommation d'alcool ou de drogues?

1	2	3	4	5
Pas du tout influencé	Un peu influencé	Moyennement influencé	Considérablement influencé	Beaucoup influencé

11. Parmi l'ensemble **des situations que vous avez dit avoir vécu** aux questions 1 à 10, quelle a été la raison majeure qui vous a décidé à venir en traitement? (Encerclez la réponse correspondant à votre choix)

1. Avertissement ou une menace de votre conjoint(e) ou d'une autre personne significative (famille, amis)
2. Problèmes sérieux de santé ou avertissement de votre médecin
3. Impression d'avoir atteint votre bas fond ou d'être au bout du rouleau
4. Connaître quelqu'un qui a réglé son problème de consommation d'alcool ou de drogues
5. Expérience religieuse ou spirituelle
6. Changement majeur dans votre style de vie
7. Événement traumatisant
8. Emploi a été menacé
9. un intervenant du système judiciaire (juge, avocat, dpj) vous a confronté à propos de votre problème de consommation d'alcool ou de drogue
10. Autre chose

Si aucune des raisons précédentes n'explique pourquoi vous êtes venu en traitement, décrivez en vos propres mots, pourquoi vous avez décidé de consulter maintenant?

12. Depuis combien de temps pensiez-vous aller chercher de l'aide avant d'entrer en traitement ici?
_____ mois (si moins d'un mois, inscrivez moins d'un mois).

CODE _____

DATE _____

QUESTIONNAIRE SUR LE CHANGEMENT (URICA)

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

Utilisez l'échelle ci-dessous:

1	2	3	4	5
fortement en désaccord	moyennement en désaccord	neutre ou indécis	moyennement en accord	fortement en accord

- | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 1. D'après moi, je n'ai aucun problème qui nécessite un changement. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 2. Je pense que je suis prêt à faire quelque chose pour m'améliorer. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 3. Je fais quelque chose au sujet des problèmes qui me dérangent. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 4. Ça vaudrait la peine de travailler sur mon problème. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 5. Ce n'est pas moi qui ai un problème; ça n'a pas de sens pour moi d'être ici. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

1	2	3	4	5
fortement en désaccord	moyennement en désaccord	neutre ou indécis	moyennement en accord	fortement en accord

6. Ca m'inquiète de savoir que le problème que j'avais réglé pourrait revenir, alors je viens ici pour chercher de l'aide.	1	2	3	4	5
7. Je travaille enfin sur mes problèmes.	1	2	3	4	5
8. J'ai pensé à changer quelque chose à propos de moi-même.	1	2	3	4	5
9. J'ai réussi à travailler sur mon problème mais je ne suis pas certain de pouvoir continuer à mettre les efforts par moi-même.	1	2	3	4	5
10. Parfois, mon problème est difficile mais je travaille dessus.	1	2	3	4	5
11. C'est plutôt une perte de temps pour moi d'être ici car le problème n'a rien à voir avec moi.	1	2	3	4	5
12. J'espère qu'ici on va m'aider à mieux me comprendre.	1	2	3	4	5
13. Je suppose que j'ai des défauts mais il n'y a rien que j'aie vraiment besoin de changer.	1	2	3	4	5
14. Je travaille vraiment fort pour changer.	1	2	3	4	5
15. J'ai un problème et je pense vraiment que je devrais travailler dessus.	1	2	3	4	5
16. Je n'ai pas persévéré aussi bien que je l'avais espéré dans les changements que j'ai fait, alors je suis ici pour éviter que mon problème revienne.	1	2	3	4	5
17. Même si je ne réussis pas toujours à changer avec succès, au moins je travaille sur mon problème.	1	2	3	4	5
18. Je pensais qu'une fois que j'aurais réglé mon problème j'en serais débarrassé, mais parfois il m'arrive encore de me retrouver pris avec le même problème.	1	2	3	4	5

1	2	3	4	5
fortement en désaccord	moyennement en désaccord	neutre ou indécis	moyennement en accord	fortement en accord

19. J'aimerais avoir plus d'idées sur la façon de régler mon problème.	1	2	3	4	5
20. J'ai commencé à travailler sur mes problèmes mais j'aimerais avoir de l'aide.	1	2	3	4	5
21. Peut-être qu'ici on va pouvoir m'aider.	1	2	3	4	5
22. J'aurais besoin d'un coup de main en ce moment pour m'aider à maintenir les changements que j'ai déjà fait.	1	2	3	4	5
23. J'ai peut-être une part de responsabilité dans le problème mais je ne le pense pas vraiment.	1	2	3	4	5
24. J'espère que quelqu'un ici va pouvoir me donner de bons conseils.	1	2	3	4	5
25. N'importe qui peut parler de changer; moi je fais vraiment quelque chose à ce sujet.	1	2	3	4	5
26. C'est ennuyant ces discussions à propos de psychologie. Pourquoi les gens ne peuvent-ils pas juste oublier leurs problèmes?	1	2	3	4	5
27. Je suis ici pour éviter que mon problème revienne.	1	2	3	4	5
28. C'est frustrant, j'ai l'impression que mon problème pourrait revenir même si je croyais l'avoir réglé.	1	2	3	4	5
29. J'ai des soucis comme tout le monde. Pourquoi perdre du temps à y penser?	1	2	3	4	5
30. Je travaille activement sur mon problème.	1	2	3	4	5
31. Je préférerais m'accommoder de mes défauts plutôt que d'essayer de les changer.	1	2	3	4	5
32. Après tout ce que j'ai fait pour essayer de changer mon problème, ça revient encore m'obséder.	1	2	3	4	5

CODE _____

DATE _____

**Questionnaire sur satisfaction
(version groupe)**

PARTIE I

Voici des questions qui portent sur les services que vous recevez à Domrémy. S.V.P. répondez à chacune des questions en encerclant la réponse qui décrit le mieux votre opinion.

1. L'emplacement de Domrémy vous convient-il?

1	2	3	4
Non, Domrémy est très mal situé	Non, Domrémy est plutôt mal situé	Oui, Domrémy est assez bien situé	Oui, Domrémy est très bien situé

2. Avez-vous reçu suffisamment d'explications sur les différents services offerts à Domrémy?

1	2	3	4
Non, pas du tout	Non, pas vraiment	Oui, assez	Oui, définitivement

3. Etes-vous insatisfait(e) de l'ambiance que l'on retrouve à Domrémy?

1	2	3	4
Très insatisfait(e)	Assez insatisfait(e)	Très peu insatisfait(e)	Pas du tout insatisfait(e)

4. Etes-vous satisfait(e) de la façon dont vous êtes accueilli(e) lorsque vous venez à Domrémy?

4	3	2	1
Très satisfait(e)	Assez satisfait(e)	Très peu satisfait(e)	Pas du tout satisfait(e)

5. Etes-vous insatisfait(e) de la façon dont Domrémy répond à vos besoins en cas d'urgence?

1	2	3	4
Très insatisfait	Assez insatisfait(e)	Très peu insatisfait(e)	Pas du tout insatisfait(e)

6. Avez-vous de la difficulté à rencontrer le professionnel de votre choix lorsque vous en ressentez le besoin? (éducateur, psychologue, infirmière, travailleur social, criminologue, etc.)
- | | | | |
|---------------|-------------------|---------------|-------------|
| 4 | 3 | 2 | 1 |
| Oui, toujours | Oui, à l'occasion | Non, rarement | Non, jamais |
7. Avez-vous suffisamment de rencontres de thérapie?
- | | | | |
|---------------------|-----------------|-------------------|------------------|
| 4 | 3 | 2 | 1 |
| Oui, définitivement | Oui, en général | Non, pas vraiment | Non, pas du tout |
8. Etes-vous satisfait(e) de la durée des rencontres?
- | | | | |
|--------------------------|-----------------------|--------------------|-------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 |
| Pas du tout satisfait(e) | Très peu satisfait(e) | Assez satisfait(e) | Très satisfait(e) |
9. Croyez-vous que les autres membres de votre groupe comprennent ce que vous désirez obtenir de la thérapie?
- | | | | |
|------------------|----------------|---------------|------------------|
| 4 | 3 | 2 | 1 |
| Oui, entièrement | Oui, en partie | Non, très peu | Non, pas du tout |
10. Sentez-vous que les membres de votre groupe et vous travaillez ensemble, que vous êtes unis pour surmonter vos problèmes?
- | | | | |
|------------------|---------------|------------|---------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 |
| Non, pas du tout | Non, très peu | Oui, assez | Oui, beaucoup |
11. Etes-vous satisfait(e) de l'intérêt que portent les membres de votre groupe aux choses que vous vivez?
- | | | | |
|-------------------|--------------------|-----------------------|--------------------------|
| 4 | 3 | 2 | 1 |
| Très satisfait(e) | Assez satisfait(e) | Très peu satisfait(e) | Pas du tout satisfait(e) |
12. Les membres de votre groupe ont-ils de la facilité à comprendre comment vous vous sentez?
- | | | | |
|-----------------|------------|---------------|------------------|
| 4 | 3 | 2 | 1 |
| Oui, énormément | Oui, assez | Non, très peu | Non, pas du tout |

13. Etes-vous satisfait(e) du respect que les membres de votre groupe ont pour vous?
- | | | | |
|--------------------------|-----------------------|--------------------|-------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 |
| Pas du tout satisfait(e) | Très peu satisfait(e) | Assez satisfait(e) | Très satisfait(e) |
14. Etes-vous insatisfait(e) de la manière dont les membres de votre groupe comprennent ce que vous leur dites?
- | | | | |
|---------------------|----------------------|-------------------------|----------------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 |
| Très insatisfait(e) | Assez insatisfait(e) | Très peu insatisfait(e) | Pas du tout insatisfait(e) |
15. Etes-vous insatisfait(e) de l'attitude des membres de votre groupe face à ce que vous dites ou ce que vous faites?
- | | | | |
|----------------------------|-------------------------|----------------------|---------------------|
| 4 | 3 | 2 | 1 |
| Pas du tout insatisfait(e) | Très peu insatisfait(e) | Assez insatisfait(e) | Très insatisfait(e) |
16. Les membres de votre groupe ont-ils de la difficulté à comprendre vos problèmes?
- | | | | |
|---------------|-------------|------------------|------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 |
| Oui, beaucoup | Oui, un peu | Non, presque pas | Non, pas du tout |
17. Avez-vous eu à changer trop souvent de thérapeute à Domrémy?
- | | | | |
|----------------------------|-------------------|------------------|------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 |
| Oui, vraiment trop souvent | Oui, trop souvent | Non, pas souvent | Non, pas du tout |
18. Etes-vous satisfait(e) des explications que vous avez obtenues sur votre thérapie?
- | | | | |
|-------------------|--------------------|-----------------------|--------------------------|
| 4 | 3 | 2 | 1 |
| Très satisfait(e) | Assez satisfait(e) | Très peu satisfait(e) | Pas du tout satisfait(e) |
19. Etes-vous insatisfait(e) des explications que vous avez reçues sur vos difficultés personnelles?
- | | | | |
|----------------------------|-------------------------|----------------------|---------------------|
| 4 | 3 | 2 | 1 |
| Pas du tout insatisfait(e) | Très peu insatisfait(e) | Assez insatisfait(e) | Très insatisfait(e) |
20. Avez-vous l'impression de manquer d'information sur la façon dont vous progressez dans la thérapie?
- | | | | |
|---------------|------------|-------------------|------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 |
| Oui, beaucoup | Oui, assez | Non, pas vraiment | Non, pas du tout |

PARTIE II

Voici d'autres questions qui portent sur les services que vous recevez à Domrémy. S.V.P. répondez à toutes les questions en encerclant la réponse qui convient le mieux à votre opinion.

1. Que pensez-vous de la qualité des services que vous recevez?

4	3	2	1
Excellente	Bonne	Passable	Pauvre

2. Recevez-vous le genre de services que vous désirez?

4	3	2	1
Non, définitivement pas	Non, pas vraiment	Oui, en général	Oui définitivement

3. Jusqu'à quel point Domrémy répond-il à vos besoins?

4	3	2	1
Presque tous mes besoins sont satisfaits	La plupart de mes besoins sont satisfaits	Seulement quelques-uns de mes besoins sont satisfaits	Aucun de mes besoins ne sont satisfaits

4. Si un ou une ami(e) avait besoin d'un même type d'aide, est-ce que vous lui recommanderiez Domrémy?

4	3	2	1
Non, définitivement pas	Non, je ne pense pas	Oui, je pense	Oui, définitivement

5. Quel est votre degré de satisfaction par rapport à la quantité d'aide que vous recevez?

4	3	2	1
Très insatisfait(e)	Indifférent ou un peu insatisfait(e)	Assez satisfait(e)	Très satisfait

6. Est-ce que les services que vous recevez vous aident à mieux affronter vos difficultés?

4	3	2	1
Oui, ils m'aident beaucoup	Oui, ils m'aident un peu	Non, ils ne m'aident pas vraiment	Non, mes difficultés se sont aggravées

7. De façon générale et globale, quel est votre degré de satisfaction par rapport aux services que vous recevez?

4	3	2	1
Très satisfait(e)	Assez satisfait(e)	Indifférent ou un peu insatisfait(e)	Très insatisfait(e)

8. Si vous aviez besoin d'aide, est-ce que vous reviendriez à Domrémy?

4	3	2	1
Non, définitivement pas	Non, je ne pense pas	Oui, je pense	Oui, définitivement

Code : _____

Date : _____

ÉCHELLE D'ALLIANCE THÉRAPEUTIQUE

Directives :

Voici une liste de questions qui décrivent les attitudes que vous pouvez avoir à l'égard de votre thérapie ou de votre thérapeute. Réfléchissez à la dernière rencontre que vous avez eu avec votre thérapeute et indiquez, le degré de pertinence de chacune de ces questions. Veuillez encercler le chiffre correspondant à votre choix et répondre à toutes les questions.

Rappel :

Les réponses à ce questionnaire sont confidentielles et votre thérapeute ne pourra en prendre connaissance. Vous pouvez, bien sûr, discuter de ces questions ou de vos réponses avec votre thérapeute.

- 1 = Pas du tout;
- 2 = Un peu;
- 3 = Quelque peu;
- 4 = Passablement;
- 5 = Plutôt;
- 6 = Assez;
- 7 = Beaucoup.

- | | | | | | | | | |
|----|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1. | Avez-vous été tenté(e) de mettre fin à la thérapie lorsque vous étiez fâché(e) et déçu(e)? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 2. | Vous êtes-vous senti(e) pressé(e) par votre thérapeute de changer avant que vous ne soyez prêt(e)? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 3. | Lorsque votre thérapeute a émis un commentaire ou une opinion sur une situation, y-a-t-il eu dans votre esprit référence à d'autres situations semblables dans votre vie? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 4. | Aviez-vous l'impression que, même si vous aviez des moments de doute, de confusion ou de méfiance, l'ensemble de la thérapie était valable? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 5. | Est-ce que les commentaires de votre thérapeute vous ont amené à croire qu'il(elle) plaçait ses besoins avant les vôtres? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |

**1 = Pas du tout; 2 = Un peu; 3 = Quelque peu; 4 = Passablement;
5 = Plutôt; 6 = Assez; 7 = Beaucoup.**

- | | | | | | | | | |
|-----|--|---|---|---|---|---|---|---|
| 6. | Lorsque des choses importantes vous sont venues à l'esprit, jusqu'à quel point les avez-vous gardées pour vous-même plutôt que de les partager avec votre thérapeute? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 7. | Vous êtes-vous senti(e) accepté(e) et respecté(e) pour ce que vous êtes par votre thérapeute? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 8. | Jusqu'à quel point avez-vous retenu vos sentiments durant cette rencontre de thérapie? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 9. | Avez-vous trouvé les commentaires de votre thérapeute non aidants, c'est-à-dire portant à confusion, non à propos ou ne s'appliquant à vous? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 10. | Avez-vous eu l'impression de travailler en collaboration avec votre thérapeute, unis dans un même effort pour surmonter vos problèmes? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 11. | Jusqu'à quel point vous êtes-vous senti(e) libre de parler de sujets personnels dont vous avez honte en situation ordinaire ou que vous avez peur de révéler? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 12. | Durant cette séance, jusqu'à quel point étiez-vous prêt(e) à continuer à vous débattre avec vos problèmes, même si vous ne pouviez pas trouver une solution immédiate? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 13. | Au cours de la rencontre de thérapie, jusqu'à quel point votre thérapeute s'est-il(elle) montré(e) prêt(e) à vous aider à surmonter vos difficultés? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 14. | Avez-vous eu l'impression d'être en désaccord avec votre thérapeute sur le type de changements que vous vouliez apporter dans votre vie par cette thérapie? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 15. | Jusqu'à quel point vous êtes-vous senti(e) contrarié(e) par les investissements en temps, en argent ou autres relatifs à votre thérapie? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 16. | Avez-vous eu l'impression que votre thérapeute comprenait ce que vous désiriez obtenir de cette rencontre? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |

**1 = Pas du tout; 2 = Un peu; 3 = Quelque peu; 4 = Passablement;
5 = Plutôt; 6 = Assez; 7 = Beaucoup.**

- | | | |
|-----|--|---------------|
| 17. | Au cours de cette rencontre de thérapie, jusqu'à quel point était-il important pour vous d'envisager les façons dont vous pouviez contribuer à régler vos propres problèmes? | 1 2 3 4 5 6 7 |
| 18. | Jusqu'à quel point avez-vous pensé que la thérapie n'était pas le meilleur moyen d'obtenir de l'aide pour vos problèmes? | 1 2 3 4 5 6 7 |
| 19. | Est-ce que le traitement que vous avez reçu au cours de cette rencontre de thérapie correspond à vos idées à propos de ce qui aide les gens en thérapie? | 1 2 3 4 5 6 7 |
| 20. | Avez-vous eu l'impression de travailler en désaccord avec votre thérapeute de ne pas avoir la même conception des moyens à prendre pour obtenir l'aide que vous voulez? | 1 2 3 4 5 6 7 |
| 21. | Jusqu'à quel point avez-vous eu confiance en vos propres efforts et en ceux de votre thérapeute pour obtenir un certain soulagement face à vos problèmes? | 1 2 3 4 5 6 7 |
| 22. | Avez-vous l'impression d'être incapable d'approfondir votre compréhension de ce qui vous dérange? | 1 2 3 4 5 6 7 |
| 23. | Jusqu'à quel point étiez-vous en désaccord avec votre thérapeute sur les points les plus importants à travailler au cours de cette rencontre de thérapie? | 1 2 3 4 5 6 7 |
| 24. | Jusqu'à quel point votre thérapeute vous a-t-il(elle) aidé(e) à obtenir une compréhension plus approfondie de vos problèmes? | 1 2 3 4 5 6 7 |

1988 by C. Marmar, M.D., and L.Gaston, Ph.D.
Adapté pour la recherche sur la persévérance - Université de Montréal

1994-07-07/gb