

Table des matières

Sommaire	ii
Liste des tableaux	vii
Remerciements	viii
Introduction	1
Contexte théorique	5
Efficacité thérapeutique	6
Définition de l'efficacité thérapeutique	6
Efficacité des thérapies de courtes durées	8
Déterminants de l'efficacité thérapeutique	10
Mesures de l'efficacité thérapeutique	12
Motivation	13
Définition générale de la motivation	13
Motivation en psychothérapie	14
Conceptualisation de la motivation en psychothérapie	15
Critiques méthodologiques sur la conceptualisation de la motivation	16
Motivation selon la TAD	16
Soutien à l'autonomie, à la compétence et à l'affiliation	22
Définition de l'autonomie, de la compétence et de l'affiliation	22
Théorie de l'évaluation cognitive	23
Soutien à l'autonomie	24
Soutien à la compétence	25
Soutien à l'affiliation à autrui	25
Relation entre la motivation et le soutien aux besoins	26
Soutien à l'autonomie et motivation autodéterminée	26
Soutien à la compétence et motivation autodéterminée	29
Soutien à l'affiliation et motivation autodéterminée	32
Soutien aux besoins dans un contexte thérapeutique	34
Motivation et soutien aux besoins dans un contexte de psychothérapie	35
Relation entre la motivation et l'efficacité thérapeutique	36
Motivation et impacts positifs	36
Motivation et impacts en santé mentale et en psychothérapie	39
Efficacité thérapeutique et variable exploratoire	42
Satisfaction face à la thérapie	42
Conclusion de la recension d'écrits	43

Objectifs, hypothèses et questions de recherche	44
Objectifs de recherche	44
Hypothèses de recherche	45
Questions de recherche	46
Méthode	47
Participants	48
Variables et instruments de mesure	53
Efficacité thérapeutique	53
Motivation face à la thérapie	56
Soutien aux besoins d'autonomie, de compétence et d'affiliation	57
Satisfaction face à la thérapie	58
Variables sociodémographiques	58
Schème de recherche	59
Déroulement de la recherche	59
Psychothérapeutes	59
Déroulement de la recherche	59
Résultats	63
Analyse des données	64
Calcul des scores pour les variables à l'étude	64
Analyses statistiques utilisées	67
Présentation des résultats	67
Analyses préliminaires	67
Analyses principales	70
Analyses complémentaires	74
Discussion	76
Rappel des objectifs de l'étude	77
Analyses des résultats en fonction des hypothèses de recherche	77
Hypothèse 1	78
Hypothèse 2	86
Hypothèse 3	95
Hypothèse 4	101
Hypothèse 5	108

Analyses des résultats en fonction des questions de recherche	112
Question 1	112
Question 2	113
Interprétation des résultats aux questions de recherche	113
Analyses complémentaires	115
Motivation globale et nombre total de séances	115
Motivation non-autodéterminée et état psychologique	115
Soutien aux trois besoins	116
Efficacité de la thérapie et nombre de séances	117
Satisfaction face à la thérapie	118
Synthèse de l'analyse des résultats	119
Forces de l'étude	121
Implications pour la TAD	121
Qualités méthodologiques	122
Limites de l'étude	123
Taille de l'échantillon	123
Type de motivation étudié	125
Schème de recherche	125
Limites des instruments de mesure	126
Recherches futures	127
Conclusion	130
Références	135
Appendice A. Consentements et directives	147
Appendice B. Questionnaires T1, T2 et T3	154

Liste des tableaux

Tableau

1	Variables sociodémographiques des participants	51
2	Caractéristiques des participants face à leur thérapie	52
3	Motifs de consultation des participants de l'étude	53
4	Distribution de fréquence du nombre de rencontres totales	62
5	Analyses descriptives de l'efficacité thérapeutique, de la motivation et des trois types de soutien aux trois temps de l'étude	68
6	Corrélations entre les variables	70

Remerciements

J'aimerais remercier tout d'abord Dr Gilles Lalande, mon directeur de recherche, pour sa présence constante au cours des différentes étapes de cette étude, particulièrement lors de la rédaction. Merci Gilles pour ton support, ta patience, tes conseils aidants et tes corrections constructives. J'aimerais également remercier ma collègue doctorante Hélène Larouche qui m'a grandement aidée et qui a mis beaucoup d'énergie et de temps dans la cueillette de données. Merci à tous mes collègues du doctorat de l'UQAC pour leur encouragement dans la terminaison de cet essai et pour la solidarité qui régnait au sein de la cohorte 2006. Je souhaite aussi remercier tous les psychothérapeutes et les participants qui ont pris le temps de participer à la présente étude pour faire avancer les connaissances sur l'être humain.

J'aimerais enfin remercier mes parents, qui de temps en temps me demandaient des nouvelles de l'avancement de mon essai et qui m'encourageaient à persévérer dans ma rédaction.

Introduction

Depuis les deux dernières décennies, l'étude des effets de la psychothérapie est apparue nécessaire pour orienter les décisions en santé publique et également celles des organismes privés et des compagnies d'assurance. En effet, l'étude de l'efficacité de la psychothérapie cherche, entre autres, à maximiser les résultats de la psychothérapie pour le client tout en minimisant les coûts qui y sont reliés. Il est maintenant établi que la psychothérapie est généralement bénéfique et que son efficacité statistique et clinique a été maintes fois démontrée (p. ex., Lambert & Ogles, 2004; Lecomte, Savard, Guillon, & Drouin, 2004).

Dans la présente étude, nous nous intéressons spécifiquement à l'efficacité des thérapies de courtes durées, plus spécifiquement à l'efficacité évaluée à partir d'une amélioration de l'état psychologique des personnes engagées en thérapie. De plus, nous essayons de contribuer à répondre à la question qui est maintenant posée : qu'est-ce qui fait en sorte que la psychothérapie est efficace? Cette question a fait naître plusieurs recherches en ciblant certains déterminants de l'efficacité thérapeutique. Dans la présente recherche, un des déterminants à l'étude est la motivation du client. En effet, en psychothérapie, la croyance à l'effet que la motivation du client est un gage de la réussite de la thérapie est très répandue dans le milieu clinique. Mais qu'en est-il dans les faits? Plusieurs études ont tenté de répondre à cette question, mais peu d'entre elles ont réussi à mettre clairement en évidence l'impact de la motivation sur l'efficacité de la

thérapie. En effet, plusieurs recherches qui ont étudié la motivation comme déterminant de la thérapie ont laissé voir des lacunes méthodologiques et une conceptualisation de la motivation vague et non fondée sur des bases théoriques solides (voir Koss & Shiang, 1994). Pour remédier à ces lacunes, la présente étude prend appui sur la théorie de l'autodétermination (TAD) qui offre une conception de la motivation appuyée par des données empiriques solides dans plusieurs domaines ainsi qu'un instrument de mesure validé auprès d'une population clinique francophone. D'ailleurs, des études récentes, dont il sera question ultérieurement, laissent clairement voir que des variables associées à la TAD ont un impact significatif sur la psychothérapie.

En utilisant la motivation telle que définie par la TAD pour étudier ses liens avec l'efficacité thérapeutique, l'exploration d'une autre variable découlant de la TAD s'impose. En effet, la TAD stipule que le soutien aux besoins d'autonomie, de compétence et d'affiliation d'une personne par une autre influence la motivation de la première. Ainsi, la présente étude s'est intéressée à l'exploration du lien entre le soutien à l'autonomie, à la compétence et à l'affiliation de la part du psychothérapeute et la motivation du client. Dans plusieurs domaines, la relation entre les besoins d'autonomie, de compétence et d'affiliation et la motivation autodéterminée a été largement étudiée et les résultats convergent dans le sens que le soutien à ces trois besoins est associé une motivation plus autodéterminée et entraîne de nombreuses retombées positives. De récentes recherches ont étudié la TAD dans le domaine de la santé mentale (p. ex., Michalak, Klappheck, & Kosfelder, 2004; Pelletier, Tuson, & Haddad, 1997; Zuroff et

al., 2007), mais aucune étude recensée n'a porté spécifiquement sur les relations entre le soutien à l'autonomie, le soutien à la compétence et le soutien à l'affiliation de la part du thérapeute et la motivation du client ainsi qu'entre la motivation du client et l'efficacité de la thérapie. Comme hypothèse, il est stipulé d'une part que la thérapie de courte durée est efficace et que le soutien de la part du thérapeute aux besoins d'autonomie, de compétence et d'affiliation du client est associée à la motivation de ce dernier à être en thérapie. Également, il est stipulé que la motivation autodéterminée du client à être en thérapie est reliée à l'efficacité de sa thérapie. Également, deux questions sont soulevées : est-ce que la motivation du client à être en thérapie change avec le temps en thérapie et si oui, est-ce que ce changement est en lien avec le soutien à l'autonomie, à la compétence et à l'affiliation de la part du thérapeute?

D'abord, le contexte théorique propose une recension critique des études antérieures sur l'efficacité thérapeutique et la motivation en thérapie. Par la suite, la théorie de l'autodétermination est présentée, incluant la motivation autodéterminée et le soutien à l'autonomie, à la compétence et à l'affiliation. Les études qui ont fait le lien entre les variables à l'étude dans différents domaines ainsi que celles faites en psychothérapie seront ensuite résumées. Une variable complémentaire, soit la satisfaction du client face à la thérapie, sera présentée avec quelques études à l'appui. Suivront des chapitres portant sur la méthodologie de l'étude, les résultats et la discussion de ces derniers.

Contexte théorique

Le premier chapitre présente les variables à l'étude ainsi que la recension des écrits scientifiques s'y reliant. Il est divisé en cinq sections dont les trois premières présentent les trois variables à l'étude. La première section concerne l'efficacité thérapeutique et présente la définition de l'efficacité thérapeutique, puis plus spécifiquement celle de l'efficacité des thérapies de courtes durées, certains de ses déterminants ainsi que sa mesure. La seconde section traite de la motivation, en dressant un portrait général de la motivation et par la suite, de la motivation en psychothérapie ainsi qu'une recension critique des études sur le sujet. Toujours dans cette même section, la motivation selon la théorie de l'autodétermination est approfondie. La troisième section présente d'abord la définition des besoins d'autonomie, de compétence et d'affiliation à autrui pour ensuite exposer la théorie de l'évaluation cognitive et enfin définir chacun des trois types de soutien interpersonnel. Quatrièmement, la recension d'écrits sur les relations existant entre ces variables est présentée sommairement pour poursuivre avec une brève élaboration sur la satisfaction face à la thérapie et finalement avec les objectifs, les hypothèses et les questions de recherche.

Efficacité thérapeutique

Définition de l'efficacité thérapeutique

Dans cette étude, le terme « efficacité thérapeutique » réfère à l'efficacité d'une thérapie psychologique. Les termes « psychothérapie » et « thérapie » sont utilisés dans

cette recherche comme des synonymes. Selon la loi au Québec, la psychothérapie est définie comme :

Un traitement psychologique pour un trouble mental, pour des perturbations comportementales ou pour tout autre problème entraînant une souffrance ou une détresse psychologique qui a pour but de favoriser chez le client des changements significatifs dans son fonctionnement cognitif, émotionnel ou comportemental, dans son système interpersonnel, dans sa personnalité ou dans son état de santé. Ce traitement va au-delà d'une aide visant à faire face aux difficultés courantes ou d'un rapport de conseils ou de soutien. (Ordre des Psychologues du Québec, 2013).

L'efficacité thérapeutique est un phénomène très complexe et, bien qu'il existe de nombreuses définitions à ce sujet, les chercheurs s'entendent généralement pour définir l'efficacité thérapeutique comme les changements du client à court et à long terme en tant que résultats de la thérapie (Hill & Lambert, 2004).

Puisque l'efficacité thérapeutique est complexe, il est possible de l'étudier sous différents angles, par exemple en évaluant la diminution des symptômes psychopathologiques ou l'amélioration du bien-être au cours de la thérapie, en étudiant les processus thérapeutiques sous-jacents, etc. L'une des orientations les plus couramment utilisées dans les recherches sur l'efficacité thérapeutique reste l'étude des résultats de la thérapie (*outcomes*). Puisqu'il a été démontré à maintes reprises que la psychothérapie est bénéfique et qu'elle est efficace tant au niveau statistique que clinique (p. ex., Lambert & Ogles, 2004; Lecomte et al., 2004), les chercheurs tentent maintenant d'expliquer « comment » la thérapie est efficace. Encore une fois, ce questionnement peut être abordé sous différentes perspectives, comme par l'étude des déterminants spécifiques ou communs aux thérapies, aux clients ou au thérapeute.

Efficacité des thérapies de courtes durées

Comme il a été présenté en introduction, le désir des gouvernements et des tiers payeurs à rendre plus accessible les services de psychothérapie a alimenté les recherches vers l'étude du nombre de sessions minimal et optimal pour que la psychothérapie soit efficace. Koss et Shiang (1994) décrivent la « thérapie de courte durée » comme une thérapie durant 25 sessions ou moins. Il a été démontré que la thérapie de courte durée est efficace avec une clientèle spécifique, soit auprès des personnes qui présentent une problématique dans une sphère de leur vie et qui restent fonctionnelles dans les autres sphères de leur vie (p. ex. : stress au travail, dépression, troubles anxieux, attaque de panique, ESPT) (Koss & Shiang, 1994). Howard, Kopta, Krause et Orlinski (1986) ont réalisé une méta-analyse sur l'amélioration de la santé mentale chez des patients avec le temps, à l'intérieur de leur suivi psychothérapeutique. Sur 2 400 patients, 50 % se sont améliorés de façon notable en 8 sessions et 75 % se sont améliorés en 26 sessions. Environ 15 % ont rapporté se sentir mieux après la première session. Les auteurs ont remarqué que, graphiquement, l'amélioration ressemblait à une courbe logarithmique, c'est-à-dire que les gains les plus importants sont obtenus à l'intérieur des premières sessions de traitement. Aussi, ils ont noté que plus le nombre de séances de psychothérapie est grand, plus la probabilité d'amélioration est importante. Cependant, le « rendement » décroît avec l'augmentation du nombre de séances. Une limite de cette étude est qu'elle n'avait pas de groupe contrôle. En 2001, Anderson et Lambert ont reproduit l'étude de Howard et al. (1986) en corrigeant les limites méthodologiques de cette dernière et ont obtenu des résultats moins optimistes, soit que 50 % des patients ont

obtenus des améliorations significatives en 11 à 16 séances et qu'au minimum 25 séances sont nécessaires pour obtenir une amélioration significative chez 75 % des patients. Ces auteurs relèvent également que plus le niveau de détresse initial est élevé plus le nombre de séances nécessaire au rétablissement est important. Dans son plus récent chapitre sur l'efficacité thérapeutique, dans le livre *Handbook of psychotherapy and behaviour change* (6e édition.), Lambert (2013) rapporte que les recherches les plus récentes indiquent qu'un bon nombre des patients vont s'améliorer après 7 séances et que 75 % des patients vont atteindre un niveau d'amélioration plus rigoureux sur le plan statistique et clinique après 50 séances. Ambresin, Zimmermann, de Rotena et Despland (2009) ont, pour leur part, avancé que le type de population traitée (plus ou moins gravement atteinte), le type de symptômes, le diagnostic, l'aspect aigu ou chronique du trouble, ainsi que la dimension caractérologique peuvent moduler la pente générale de ces courbes d'amélioration, et peuvent ainsi influencer le pronostic et la durée moyenne du traitement. Dans la méta-analyse de Shadish, Navarro, Matt et Phillips (2000), il a été démontré que l'impact de la psychothérapie augmente avec la durée du traitement, et que néanmoins l'efficacité à court terme est notable, indépendamment de l'approche utilisée et de la clientèle. En somme, l'efficacité de la thérapie de courte durée est bien établie au sein de la communauté scientifique et clinique. Il y a plusieurs raisons pour lesquelles les chercheurs étudient la thérapie en utilisant des formats de thérapie de courte durée. Selon Koss & Shiang (1994), d'une part, les variables et processus sont similaires à la thérapie de plus longue durée, d'autre part, la thérapie de courte durée présente davantage de facilité à contrôler les variables externes. Enfin, la logistique au

niveau de la gestion est plus facile (Koss & Shiang, 1994). Il est généralement admis que l'impact majeur de la thérapie se fait dans les premières 6 à 8 rencontres (Smith et al., 1980, cité dans Koss & Shiang, 1994). Après, il y a une diminution de l'impact de la thérapie pour les 10 autres sessions. La présente étude explorera spécifiquement l'efficacité des thérapies de courtes durées.

Déterminants de l'efficacité thérapeutique

Concernant les recherches sur les déterminants de l'efficacité thérapeutique, deux perspectives s'en dégagent, soit celle qui attribue le changement à des traitements spécifiques et celle qui attribue les changements aux facteurs communs des psychothérapies (variables non-spécifiques). Au sujet des thérapies, lorsque des problématiques spécifiques ne sont pas ciblées, il existe peu d'évidence à l'effet qu'une approche est supérieure aux autres (Lambert & Ogles, 2004). En ce qui a trait aux variables non-spécifiques, l'on retrouve, entre autres, les variables reliées aux thérapeutes et aux clients ainsi que celles qui réfèrent à la relation thérapeute-client. Au niveau des variables du client, 40 % de l'efficacité thérapeutique y serait reliée contre 30 % qui serait attribuable aux facteurs communs à tous les modes de traitements et 15 % aux attentes ainsi qu'aux effets placebo (Lambert, 1992). Selon Garfield (1994), les facteurs prédictifs de l'efficacité de la thérapie se démarquent davantage à la 3^{ème} ou 4^{ème} séance.

Déterminants reliés au thérapeute. Carkhuff et Truax (1967) sont parmi les premiers à avoir soutenu que les caractéristiques du thérapeute sont un déterminant important de l'efficacité thérapeutique. Depuis ce temps, de nombreuses recherches ont étudié une pluralité de caractéristiques du thérapeute en lien avec l'efficacité de la thérapie et leur impact sur le client. Par exemple, une méta-analyse récente a conclu que le thérapeute en tant qu'individu peut avoir beaucoup d'influence sur son client, indépendamment de son sexe, de son orientation théorique, de son domaine de formation et de sa scolarité (Okiishi, Lambert, Eggett, Nielsen, Dayton, & Vermeersch, 2006). Cela indique donc que le thérapeute peut avoir de l'influence sur les résultats de la thérapie, mais peu de recherches ont étudié le lien entre l'attitude du thérapeute et la motivation de son client. C'est d'ailleurs l'un des objectifs de la présente étude qui sera élaboré plus en détails dans une prochaine section.

Déterminants reliés au client. Clarkin et Levy (2004) ont fait la recension des recherches faites au sujet des variables du client pouvant influencer la thérapie dans l'ouvrage de Bergin et Garfield (2004). Ces auteurs ont conclu que l'étude des variables des clients comme déterminants de l'efficacité thérapeutique est complexe en raison de l'interaction entre les caractéristiques de l'individu, celles du thérapeute ainsi que de la dynamique du processus thérapeutique et des variables externes. Ils suggèrent donc que les caractéristiques du client seraient davantage des variables médiatrices et modératrices de l'efficacité thérapeutique que des déterminants spécifiques et indépendants. Toutefois, l'implication du client dans sa thérapie brève serait l'un des

meilleurs prédicteurs de résultats positifs (Gomes-Schwartz, 1978, cité dans Bergin & Garfield, 1994).

Motivation comme déterminant de l'efficacité thérapeutique. Bien que l'équipe de Castonguay et Beutler (2006) soutient que certaines caractéristiques des clients prédisent les résultats thérapeutiques, elle ne fait pas mention des effets de la motivation du client sur l'efficacité thérapeutique. Ceci reflète bien le peu de recherches consacrées à la motivation comme déterminant de l'efficacité thérapeutique et ajoute à la pertinence de la présente étude. Un récent article écrit par Ryan, Lynch, Vansteenkiste et Deci (2011) rapporte plusieurs liens entre la motivation et l'efficacité thérapeutique en clinique, mais n'identifie aucune étude qui a démontré des liens directs entre ces deux variables dans le cadre d'une recherche empirique. Ces liens seront approfondis, plus loin dans ce chapitre.

Mesures de l'efficacité thérapeutique

L'évaluation de l'efficacité thérapeutique rencontre plusieurs difficultés méthodologiques, notamment au niveau de la mesure du changement. Selon Hill et Lambert (2004), les méthodes et les mesures utilisées pour évaluer l'efficacité d'une psychothérapie sont loin de faire l'unanimité parmi les chercheurs. Cette mésentente est due entre autres à la grande complexité de l'efficacité thérapeutique. En effet, cette dernière peut être mesurée sous différents angles en tenant compte de dimensions multiples (Hill & Lambert, 2004). C'est l'une des raisons pour lesquelles on retrouve

plusieurs centaines d'instruments de mesure sur le marché qui sont utilisés par les cliniciens et les chercheurs pour évaluer l'efficacité thérapeutique. Le problème est que la grande majorité de ces instruments n'ont pas été conçus dans le but d'évaluer ce concept (Hill & Lambert, 2004) ou ont été élaborés dans le but d'évaluer des symptômes spécifiques (p. ex., l'Inventaire de dépression de Beck) (Lambert, Okiishi, Finch, & Johnson, 1998). C'est pour fournir au système de soins de santé un instrument de mesure spécifiquement conçu pour évaluer l'efficacité thérapeutique que la Mesure d'Impact a été élaborée (Lambert, Hasen, Umphress, Lumen, Okiishi, & Burlingame, 1996). Cet instrument est rapide à administrer, peu coûteux, très sensible au changement et a l'avantage de cibler un large éventail de symptômes en santé mentale. La présente étude utilise cet instrument de mesure afin d'évaluer l'efficacité thérapeutique. Ce questionnaire est présenté dans la section « Variables et instruments de mesure ».

Motivation

Définition générale de la motivation

La motivation est un concept qui a été largement étudié et ce, non seulement en psychologie, mais également dans le domaine de la biologie, de l'éducation, des loisirs, du sport, du travail, de la santé physique et mentale ainsi qu'en neuropsychologie. De manière générale, la motivation peut être définie comme l'ensemble des forces internes et externes qui déterminent le comportement (Petri & Govern, 2004). Seulement en psychologie, la motivation a été conceptualisée de plusieurs façons et a donné lieu à différentes théories, comme la motivation à l'accomplissement d'Atkinson (1964), la

théorie de l'attribution de Weiner (1985) ou la théorie de l'autodétermination (TAD) de Deci et Ryan (1985).

Motivation en psychothérapie

Une croyance fortement répandue, tant auprès de la population générale qu'au sein des cliniciens, est que la motivation est un élément essentiel au succès de la thérapie. Par exemple, selon Marmar, Weiss et Gaston (1989), les clients qui sont motivés devraient être plus enclins à s'engager dans les démarches thérapeutiques et tolérer les contraintes propres au travail des thèmes conflictuels. Ainsi, il est logique de penser qu'une personne qui est motivée en thérapie aura plus de succès dans cette dernière qu'une autre personne qui ne l'est pas. Pourtant, le phénomène de la motivation est beaucoup plus complexe que ce simple raisonnement et il reste difficile, à ce jour, d'affirmer hors de tout doute que la motivation est un déterminant de l'efficacité thérapeutique.

Le concept de la motivation a fait l'objet de nombreuses recherches avant les années 1990 (p. ex., Curtis, 1985; Sifneos, 1971). Par contre, les méta-analyses récentes au sujet de l'efficacité thérapeutique ont vivement critiqué ces résultats, entre autres au sujet de la conceptualisation de la motivation, demandant ainsi la révision et l'approfondissement du concept de la motivation du client face à la thérapie.

Conceptualisation de la motivation en psychothérapie

Deux conceptualisations de la motivation ont fait l'objet de nombreuses recherches en psychothérapie, soit le concept de la motivation du client face à la thérapie et la motivation du client face au changement. Or, il arrive parfois que ces concepts soient confondus (DiClemente, 1999), même s'il s'agit de deux concepts différents. En effet, une personne peut être motivée face à la thérapie sans nécessairement être motivée à changer et vice versa (DiClemente, 1999). Puisque la présente étude vise à explorer certains déterminants de l'efficacité thérapeutique, la motivation du client face à la thérapie est la plus appropriée car elle est spécifique à ce contexte, contrairement à la motivation à changer qui n'est pas spécifique au contexte de la thérapie. D'ailleurs, la motivation à être en traitement est associée à une plus grande assiduité durant le traitement et aux effets positifs de la thérapie (DeLeon et al., 1994, cité dans DiClemente, 1999).

Par ailleurs, les thérapeutes et les clients mentionnent que le manque de motivation est la cause principale de l'abandon du traitement (Ryan, Plant, & O'Malley, 1995). Ainsi, soutenir la motivation des personnes à poursuivre leur traitement peut être considéré comme un besoin pressant pour les services de psychothérapie (Sheldon, Williams, & Joiner, 2003).

Depuis une trentaine d'années, dans le but de diminuer le taux d'abandon précoce des traitements, les études sur la motivation en thérapie se sont concentrées

principalement sur des clientèles spécifiques chez qui l'on retrouve un manque de motivation et un taux élevé d'abandon des traitements (p. ex., chez les patients ayant des troubles de dépendance ou des troubles alimentaires). Mais peu de recherches ont été faites sur la population générale qui consulte pour des services en psychologie.

Critiques méthodologiques sur la conceptualisation de la motivation

Comme il a été mentionné précédemment, la motivation est un concept largement étudié en psychothérapie plus particulièrement auprès de clientèles réfractaires aux traitements. Or, les études à ce sujet ont été vivement critiquées, particulièrement sur le fait qu'il existe un large éventail de définitions de la motivation et qu'il est très difficile d'opérationnaliser ce concept (Koss & Shiang, 1994). À ce sujet, Blais, Brière, Lachance, Riddle et Vallerand (1993) mentionnent que la théorie de l'autodétermination (TAD) est l'une des théories les plus articulées sur le concept de la motivation. En effet, cette dernière conçoit la motivation de façon multidimensionnelle et dynamique, opérationnalise ce concept puis élabore des instruments de mesure qui lui sont spécifiques et qui sont adaptés à différents contextes. Afin d'éviter les failles méthodologiques répertoriées dans les recherches antérieures sur le concept de la motivation, il apparaît pertinent d'utiliser la théorie de la TAD dans cette étude.

Motivation selon la TAD

Selon la TAD, chaque être humain est naturellement dirigé vers l'autodétermination (Deci & Ryan, 1985; 2000, 2002), c'est-à-dire qu'il existe en

l'individu une tendance naturelle à se percevoir comme la principale cause de son comportement (Pelletier & Vallerand, 1993). Au cours des trois dernières décennies, d'innombrables études sur la motivation ont validé la TAD, d'abord en laboratoire puis dans plusieurs domaines de la vie quotidienne tels que le travail, l'éducation, le sport, les loisirs et les soins de santé (Deci & Ryan, 2000; Ryan & Deci, 2000c, 2008). Or, la santé mentale reste un domaine qui a été peu étudié par la TAD (p. ex., Deci & Ryan, 2002; Pelletier, et al., 1997; Sheldon et al., 2003; Simard, 2005).

L'intérêt principal de la TAD est de permettre de savoir quelles sont les raisons pour lesquelles les individus s'engagent dans une activité (Eccles & Wigfield, 2002). Selon Deci et Ryan (1985), les raisons pour lesquelles les gens choisissent de participer, de mettre des efforts et de persister dans une activité peuvent être organisées sur un continuum allant du comportement dirigé par l'environnement (extérieur à soi) au comportement autodéterminé. Plus spécifiquement, la motivation selon la TAD s'étale sur un continuum d'autodétermination allant de l'amotivation, à la motivation extrinsèque, puis à la motivation intrinsèque.

Amotivation. L'amotivation se trouve à l'une des extrémités du continuum et désigne les comportements non intentionnels (Deci & Ryan, 1985, 2000; 2002). L'amotivation est ressentie lorsqu'une personne 1) ne sent pas qu'elle a les compétences pour atteindre un objectif, 2) croit que le comportement n'a pas d'utilité pour elle ou 3) ne valorise pas le comportement ou le but à atteindre (Deci & Ryan, 2000). En ne voyant

pas le sens ou l'utilité de faire une activité, ces individus sont plus à risque de ressentir de l'incompétence et un sentiment d'impuissance (Baker, 2004). Habituellement, les gens ne s'engageront pas dans une activité s'ils se sentent amotivés (Vansteenkiste, Soenens, & Vandereycken, 2005).

Motivation extrinsèque. Lorsqu'un comportement est adopté pour des raisons instrumentales, la motivation est alors considérée comme une motivation extrinsèque (Deci & Ryan, 1985, Ryan & Deci, 2000b). La motivation extrinsèque est divisée en quatre types de régulation dont les définitions qui suivent sont tirées de l'article de Ryan et Deci (2000b). La régulation externe désigne les comportements qui sont agis dans le but de satisfaire une demande extérieure ou obtenir une récompense connue (argent, privilèges, etc.). La personne vit la régulation externe comme l'imposition de quelque chose et perçoit le contrôle de sa motivation comme extérieur à elle-même (locus de causalité externe). Par exemple, on peut retrouver ce type de motivation chez les enfants en psychothérapie ou chez des individus dans un centre de désintoxication (Wild, Cunningham, & Ryan, 2006). La régulation introjectée est une forme de régulation interne qui agit comme une pression intérieure ressentie lorsque la personne veut éviter de ressentir de la culpabilité ou de l'anxiété ou pour recevoir l'approbation sociale (Ryan & Deci, 2008). Comme une personne qui continue sa thérapie parce qu'elle se sentirait coupable si elle ne le faisait pas. Il s'agit donc d'une forme de régulation davantage non-autodéterminée. Quant à la régulation identifiée, elle est davantage autodéterminée que les autres formes de régulation mentionnées jusqu'à présent. La régulation identifiée

implique que la personne reconnaît et accepte les valeurs qui sous-tendent un comportement. Par exemple, une personne reste en thérapie, car elle croit que c'est important de trouver des solutions à ses problèmes. Ce comportement reste toutefois instrumental, car il est accompli en référence à la valeur de la personne et non en fonction du comportement lui-même. La régulation intégrée est la forme de motivation extrinsèque la plus autodéterminée. La régulation intégrée se produit lorsque le comportement est totalement assimilé aux valeurs, à l'identité ainsi qu'aux différents schémas de soi. Comme par exemple, un individu qui a préalablement terminé sa thérapie et qui souhaite retourner en consultation parce qu'il veut maintenir les changements que cette dernière lui a apporté.

Motivation intrinsèque. La motivation intrinsèque implique que la personne accomplit une tâche ou une activité pour le plaisir et la satisfaction que l'activité en elle-même lui procure (Deci & Ryan, 1985; Ryan & Deci, 2000b). Comme dans le cas d'un individu qui est en thérapie pour le plaisir et la satisfaction que lui procure la thérapie en elle-même. En psychothérapie, il arrive fréquemment que les individus consultent, non pas en raison du plaisir et de la satisfaction que peut leur procurer la thérapie, mais davantage pour les conséquences que la thérapie entraînera comme par exemple la diminution de leur souffrance. Donc, les deux types de motivation extrinsèque autodéterminée (régulation intégrée et régulation identifiée) seraient d'une grande importance lorsqu'il est question de motivation en psychothérapie.

En résumé, lorsqu'on parle de motivation autodéterminée, il est question des motivations intrinsèque et extrinsèque par régulations identifiées et intégrées. Les régulations externe et introjectées sont dites non-autodéterminées (certains les désignent sous le nom de motivation « contrôlée »)¹. Et l'amotivation indique l'absence de motivation.

Maintenant que les différents types de motivation ont été présentés, il est important d'ajouter que la motivation est dynamique (Ryan & Deci, 2008; Simoneau & Bergeron, 2003). En effet, la force des raisons des clients face à la thérapie fluctue avec le temps (Reeve, 1992, cité dans Simoneau & Bergeron, 2003). Ainsi, un client peut entrer en thérapie en ayant une motivation extrinsèque, puis, quelques sessions plus tard, pourrait avoir des raisons plus autodéterminées face à la thérapie. Puisque la motivation tend à changer au cours de la thérapie, il serait avantageux de mesurer la motivation plus d'une fois durant le traitement (Kludt & Perlmutter, 1999; Yahne & Miller, 1999, cités dans Simoneau & Bergeron, 2003; Zeldman et al., 2004). Aussi, la qualité de motivation est plus importante que la quantité comme l'a démontré une étude de Vansteenkiste et ses associés (2009). Ces derniers ont comparé des groupes de collégiens en fonction de la qualité et la quantité de motivation face à leur éducation scolaire. Les résultats de l'étude démontrent que la qualité de la motivation des étudiants (forte motivation autodéterminée et faible motivation non-autodéterminée) est plus déterminante que la

¹ traduction libre de *controlled motivation*

quantité de motivation (élevée ou faible) au niveau de l'apprentissage scolaire et de la perception du soutien aux besoins pédagogiques des étudiants.

Un article récent fait un parallèle entre la TAD et les différentes approches en psychologie et les formes de thérapies qui en découlent (Ryan et al., 2011). Cet article cherche à solidifier les bases théoriques de l'application de la TAD et de ses concepts, particulièrement la motivation autodéterminée et l'autonomie, dans le champ de la psychothérapie. La motivation selon la TAD est même reconnue par ces auteurs comme faisant partie des déterminants non-spécifiques de l'efficacité thérapeutique.

En somme, la motivation selon la TAD comporte à la fois des dimensions quantitative et qualitative, est perçue comme une variable dynamique qui peut être située sur un continuum. Cette théorie de la motivation, qui a démontré sa pertinence dans plusieurs domaines de la vie, commence à être considérée en lien avec la psychothérapie. Les auteurs de la TAD soutiennent même qu'elle est un déterminant non-spécifique de l'efficacité thérapeutique (p. ex., Ryan, Lynch, Vansteenkiste, & Deci, 2011). De plus, la conceptualisation de la motivation selon la TAD rend possible son opérationnalisation. Ainsi, la conceptualisation de la motivation proposée par la TAD en fait l'une des plus propices à l'étude de cette variable. C'est pourquoi la motivation selon la TAD sera utilisée dans la présente étude.

Soutien à l'autonomie, à la compétence et à l'affiliation

Définition de l'autonomie, de la compétence et de l'affiliation

Selon la TAD, il existerait trois besoins psychologiques fondamentaux essentiels à la survie, à la croissance et à l'intégrité de l'individu (Ryan et al., 1996, cité dans Baard, Deci, & Ryan, 2004). Ces besoins innés (Deci & Ryan, 1985) et universels (Chirkov, Ryan, & Willness, 2005; Sheldon, Elliot, Kim, & Kasser, 2001) sont l'autonomie, la compétence et l'affiliation à autrui² (*relatedness*).

Autonomie. L'autonomie réfère au besoin d'être à l'origine (ou la cause) de ses propres actions (Ryan & Deci, 2006). L'autonomie est une expérience qui naît d'une volonté intentionnelle d'agir (Reeve & Jang, 2006). Lorsque ce besoin est satisfait, les choix d'actions de l'individu sont en cohérence avec son concept de soi et avec ses valeurs. Par ailleurs, l'autonomie est différente de l'indépendance, car cette dernière signifie que l'individu ne dépend pas des autres (Sheldon et al., 2003). Ryan et al. (2011) présentent également l'autonomie comme un facilitateur de la compétence, puisqu'en ayant l'intention de s'engager volontairement dans le processus de changement et en ayant un degré élevé de volonté d'agir, la personne sera plus apte à apprendre et expérimenter de nouvelles stratégies et ainsi développer de nouvelles compétences.

Compétence. La compétence désigne le besoin de se sentir capable de réussir une tâche (Williams, Freedman, & Deci, 1998) et d'avoir le sentiment d'être efficace dans la

² Le terme *relatedness* est aussi traduit par « appartenance » dans certains articles francophones.

maîtrise de ses comportements (Deci & Ryan, 1985). Le concept d'auto-efficacité (*self-efficacy*) de Bandura (1977) est d'ailleurs intimement relié à la compétence selon plusieurs auteurs (p. ex., Williams, Freedman et al., 1998; Williams et al., 2002).

Affiliation à autrui. L'affiliation à autrui est définie comme le besoin de se sentir connecté et aimé par des personnes significatives avec qui il est possible d'avoir des interactions fréquentes et positives (Baumeister & Leary, 1995). Aussi, selon ces mêmes auteurs, ce besoin implique idéalement que l'affection soit mutuelle entre les deux personnes.

Théorie de l'évaluation cognitive

La théorie de l'évaluation cognitive, une sous-théorie de la TAD, a été élaborée dans le but de présenter les facteurs spécifiques qui influencent la motivation (Deci & Ryan, 1985; Ryan & Deci, 2000a). Selon la théorie de l'évaluation cognitive, tout évènement contextuel (p. ex., une récompense) et/ou social (p. ex., les attitudes du thérapeute) peut influencer la motivation de la personne (Deci & Ryan, 1985; Grouzet, Vallerand, Thill, & Provencher, 2004, Ryan & Deci, 2000c, 2008). L'environnement social peut affecter positivement ou négativement la motivation interne de l'individu et ce, de trois façons : 1) en modifiant la perception que la personne a de l'origine de ses comportements (locus de causalité interne ou externe), 2) en changeant la perception qu'elle a de sa compétence et 3) en altérant sa perception d'affiliation interpersonnelle (Boislard-Pépin, Green-Demers, Pelletier, Chartrand, Séguin, & Lévesque, 2002). En

fait, ces trois façons d'affecter la motivation de l'autre réfèrent au soutien à l'autonomie, au soutien à la compétence et au soutien à l'affiliation à autrui.

Soutien à l'autonomie

La plupart des études utilisant la TAD se sont concentrées davantage sur le soutien à l'autonomie et son construit opposé, le contrôle. Ces dernières ont été faites principalement à l'intérieur du rapport entre deux personnes de statuts différents (p. ex., médecin-patient, professeur-élève, entraîneur-joueur, psychothérapeute-client), où le professionnel soutient ou non les besoins de celui à qui il offre ses services. Selon Deci et Ryan (1985, 2000), une personne qui soutient l'autonomie de l'autre est ouverte et reconnaît la perspective et les sentiments de l'autre, lui offre des choix sans lui mettre de pression et finalement transmet un rationnel lorsqu'un choix ne peut lui être donné. Le soutien à l'autonomie du professionnel implique aussi d'encourager les initiatives de son client et de minimiser un langage contrôlant (Deci & Ryan, 1985, 2000). Un exemple de soutien à l'autonomie dans un contexte psychothérapeutique serait que le psychothérapeute offre différents types d'intervention possible, comme par exemple, pour une cliente qui souffre d'anxiété, la restructuration cognitive, l'hypnose ou l'exposition graduelle, pourraient lui être proposés en expliquant les conséquences de chacun et laisser la cliente choisir ce qu'elle préfère. L'opposé du soutien à l'autonomie serait le contrôle, qui implique de mettre de la pression sur les gens, par exemple en donnant une date d'échéance fixe, une punition et/ou une récompense (Deci, Koestner,

& Ryan, 1999, cité dans Vansteenkiste, Simons, Lens, Sheldon, & Deci, 2004) ou en surveillant leurs comportements (Pelletier, Fortier, Vallerand, & Brière, 2001).

Soutien à la compétence

Par soutien à la compétence, il est entendu que celui qui a une position hiérarchique supérieure fournit des suggestions pertinentes et donne des rétroactions positives à l'autre (Pelletier, Sharp, Beaudry, & Otis, manuscrit en préparation). Selon ces mêmes auteurs, les rétroactions négatives et le manque de rétroaction vont habituellement mener à un sentiment d'incompétence. Un exemple de soutien à la compétence dans un contexte psychothérapeutique serait que le thérapeute transmette des informations sur la problématique ou des références de lectures à son client.

Soutien à l'affiliation à autrui

Le soutien à l'affiliation à autrui est défini par l'attachement, le « prendre soin » et la connexion, ressentis dans une relation avec une personne significative (Pelletier et al., manuscrit en préparation). Vallerand (2000) ainsi que Patrick et ses collègues (2007) croient que ce besoin est central dans un contexte social, comme dans une équipe sportive ou au travail. En thérapie, le soutien à l'affiliation est présent lorsque le client perçoit que le thérapeute est une personne significative pour lui et inversement, et que le thérapeute a un désir sincère de l'aider.

Relation entre la motivation et le soutien aux besoins

Selon le modèle de la TAD, la satisfaction des besoins d'autonomie, de compétence et d'affiliation est corrélée positivement avec la motivation autodéterminée. Ces relations ont été confirmées par de nombreuses études et ce, dans les domaines de l'éducation, du sport et de la santé physique. Quelques une de ces études seront présentées ci-dessous.

Soutien à l'autonomie et motivation autodéterminée

Le soutien à l'autonomie a été celui des trois types de soutien qui a été le plus étudié depuis l'élaboration de la TAD. D'ailleurs, le lien entre la motivation autodéterminée et le soutien à l'autonomie a été à de nombreuses reprises confirmé dans les domaines de l'éducation, du sport et de la santé. Pour éviter une surcharge de texte, seules quelques unes des recherches confirmant ces liens seront présentées ci-dessous.

Domaine de l'éducation. Lavigne, Vallerand et Miquelon (2007) ont construit un modèle de persévérance scolaire dans le domaine des sciences. Ils se sont basés sur des postulats de la TAD pour construire leur modèle. Dans leur modèle, ils ont estimé que le soutien à l'autonomie de l'étudiant de la part du professeur favorise la perception d'autonomie et de compétence de l'étudiant, qui, à son tour, favorise une motivation autodéterminée envers les sciences. Ils ont testé leur modèle avec 728 élèves du secondaire. Leurs résultats ont confirmé le modèle.

Ying Hong, Yau, Bonner et Chiang (2011) ont étudié, chez environ 500 étudiants, les effets de la perception de soutien à l'autonomie face aux études de la part des parents. Les résultats ont révélé que, chez ces étudiants, la perception de soutien à l'autonomie face aux études de la part des parents est reliée à la motivation autodéterminée face aux études.

Domaine du sport. Le soutien à l'autonomie de la part d'un entraîneur est relié positivement au sentiment de compétence et à la motivation autodéterminée chez des athlètes étudiants (Bagøien, Halvari, & Nesheim, 2010). Le soutien à l'autonomie chez des athlètes de judo de la part de leur entraîneur favorise une motivation autodéterminée et de meilleures performances lors d'une compétition (Gillet, Vallerand, Amoura, & Baldes, 2010). Le soutien à l'autonomie de la part d'un entraîneur est relié à un plus grand niveau de motivation autodéterminée et une plus longue persistance dans la pratique de leur sport chez des nageurs compétitifs (Pelletier et al., 2001). Dans la dernière étude citée, la perception d'une attitude plus contrôlante de la part de l'entraîneur est reliée à une motivation non-autodéterminée chez les nageurs compétitifs et à une persévérance dans ce sport à court terme, mais pas à long terme.

Domaine de la santé. Le soutien à l'autonomie est relié à la motivation autodéterminée dans un contexte d'adhérence à la médication (Williams, Rodin, Ryan, Grolnick, & Deci, 1998), dans un contexte de cessation tabagique (Williams et al. 2006), dans le maintien d'un programme d'exercices chez des personnes qui s'entraînent (Edmunds, Ntoumanis, & Duda, 2006) et dans le maintien d'un programme d'exercices

chez des personnes participant à un programme de réadaptation cardiaque (Russell & Bray, 2010). Kennedy, Goggin et Nollen (2004) ont étudié l'impact du soutien à l'autonomie sur la motivation autodéterminée et l'adhérence à la thérapie antivirale chez 205 patients atteints du VIH. Leur étude a révélé que plus le soutien à l'autonomie de la part d'un professionnel de la santé est élevé, plus la motivation autodéterminée des patients envers leur traitement est élevée, ce qui favorise l'adhérence au traitement.

Les résultats d'une étude de Philippe et Vallerand (2008) faite auprès de résidents d'une résidence pour personnes âgées, démontrent qu'un environnement qui soutient l'autonomie des résidents est associé positivement à une perception d'autonomie de la part de ces derniers, qui à son tour prédit une motivation autodéterminée dans les domaines importants de la vie des résidents. Dans l'étude de Zuroff et ses collègues (2007) qui sera présentée plus bas, les participants qui ont perçu leur thérapeute comme soutenant davantage leur autonomie ont rapporté une plus grande motivation autonome.

Williams, McGregor, Zeldman, Freedman et Deci (2004) ont fait une étude sur les changements de comportements de santé auprès de patients diabétiques de type II en se basant sur les principes de la TAD. Cette étude a révélé que la perception de soutien à l'autonomie de la part des professionnels de la santé favorise chez les patients diabétiques la motivation autodéterminée envers les changements de comportements de santé.

Soutien à la compétence et motivation autodéterminée

Le concept de soutien à la compétence qui a été défini par Pelletier et al. (manuscrit en préparation) dans l'Échelle de Comportements Interpersonnels (ECI) a été très peu utilisé jusqu'à présent. Dans l'étude très récente de Wilshire (2013), le soutien à la compétence de la part de la famille et du médecin chez les patients coronariens a été étudié face à l'adoption de comportements de santé. Dans cette étude, un lien positif a été découvert entre le soutien à la compétence de la part de la famille et du médecin et la motivation autodéterminée à l'adoption de comportements de santé. Aussi, deux études recensées ont utilisé une variable similaire au soutien à la compétence en lien avec la motivation autodéterminée. Les résultats de ces études seront présentés ci-dessous. Le peu d'études sur le soutien à la compétence peut être expliqué par l'intégration de la définition du soutien à la compétence dans la définition générale du soutien à l'autonomie. D'ailleurs, dans plusieurs études de la TAD effectuées dans les domaines du sport et de l'éducation, les auteurs se sont penchés sur les relations entre le soutien à l'autonomie, la perception de compétence et la motivation autodéterminée. Quelques une de ces études seront présentées ci-dessous.

Résultats relatifs aux concepts similaires au soutien à la compétence. Dans l'étude de validation de l'ECI, les résultats indiquent que le soutien à l'incompétence est relié négativement à la perception de compétence (Pelletier et al., manuscrit en préparation). Aussi, un feedback positif sur la performance augmente la motivation intrinsèque (Vallerand & Reid, 1984).

Reinboth, Duda et Ntoumanis (2004) ont étudié le soutien à l'autonomie, l'encouragement à la maîtrise du sport³ et le soutien social. Ces chercheurs ont utilisé des définitions similaires aux définitions du soutien à l'autonomie, à la compétence et à l'affiliation utilisées dans la présente étude. Leur définition de l'encouragement à la maîtrise du sport rejoint tout à fait la définition du soutien à la compétence dans la présente étude. En effet, l'encouragement à la maîtrise du sport implique de satisfaire le besoin de compétence en mettant l'emphase par l'entraîneur sur l'amélioration de soi, la maîtrise et l'effort de l'athlète. Les résultats de cette étude révèlent que la perception que l'entraîneur encourage la maîtrise du sport d'un athlète est un prédicteur positif de la perception de compétence de ce dernier. Ces résultats laissent entrevoir que le soutien à la compétence augmente la perception de compétence. Cela pourrait indiquer que le sentiment de compétence agit comme variable médiatrice entre le soutien à la compétence et la motivation autodéterminée. Toutefois, l'étude de Reinboth et al. (2004) n'a pas étudié le lien entre le soutien à la compétence et la motivation autodéterminée comme l'a fait la présente étude.

Soutien à l'autonomie, perception de compétence et motivation. Dans le domaine de l'éducation, Guay, Boggiano et Vallerand, (2001) ont testé les liens entre le soutien à l'autonomie, la perception de compétence et la motivation autodéterminée. Ils ont testé trois modèles, soit le rôle médiateur de la perception de compétence entre le soutien à l'autonomie et la motivation autodéterminée, celui du rôle médiateur de la

³ Traduction libre de *mastery focus*.

motivation autodéterminée entre le soutien à l'autonomie et la perception de compétence ou celui du rôle modérateur de la motivation autodéterminée entre le soutien à l'autonomie et la perception de compétence. Leur étude longitudinale sur un an auprès d'élèves du primaire a soutenu les trois modèles, mais les analyses de régression ont démontré que les modèles impliquant le rôle médiateur et modérateur de la motivation autodéterminée ont reçu un plus grand support statistique. Cette étude a également identifié que la motivation autodéterminée précéderait la perception de compétence et que le support à l'autonomie augmenterait la perception de compétence.

Zhao, Lu Wang et Huang (2011) ont étudié l'impact du soutien à l'autonomie, de la perception de compétence et d'affiliation sur la motivation intrinsèque (plaisir et curiosité) dans l'utilisation d'internet chez des étudiants chinois. À partir d'analyses selon le modèle d'équation structurelle, les résultats ont confirmé la présence d'un lien significatif entre le sentiment de compétence et la motivation intrinsèque. En effet, plus les étudiants se sentaient compétents dans l'utilisation d'internet, plus ils estimaient avoir du plaisir et de la curiosité face à l'utilisation d'internet.

Perception de compétence et motivation. L'étude norvégienne de Halvari, Ulstad, Bagøien et Skjesol (2009) a permis d'analyser le rôle médiateur de la perception de compétence et de la motivation autodéterminée entre le soutien à l'autonomie et la performance sportive d'étudiants pratiquant un sport de compétition. Même si ce n'était

pas le but de l'étude, une corrélation positive a été observée entre la motivation autonome et la perception de compétence.

Gillet, Rosnet et Vallerand (2008) ont développé et validé un questionnaire permettant de mesurer les perceptions d'autonomie, de compétence et d'affiliation dans un contexte sportif. La validation de leur questionnaire a permis de confirmer que les perceptions de compétence du sportif sont reliées positivement à la motivation intrinsèque à pratiquer un sport et ne sont pas reliées à la motivation non-autodéterminée. Les auteurs de cette étude n'ont cependant pas étudié le lien entre le soutien à la compétence et la motivation.

Soutien à l'affiliation et motivation autodéterminée

Selon Deci et Ryan (2000), l'affiliation à autrui a un impact sur la motivation intrinsèque puisque les individus sont davantage enclin à être motivés de façon intrinsèque dans un environnement sécuritaire et supportant. La TAD stipule qu'une personne qui satisfait le besoin d'affiliation à autrui d'un tiers va favoriser la motivation autodéterminée de ce dernier. Plusieurs études dans les domaines de l'éducation et du sport recensées convergent en ce sens. En voici quelques unes.

Domaine de la santé. Edmunds, Ntoumanis et Duda (2008) ont fait une étude auprès de femmes qui débutaient un programme d'exercices afin de vérifier les effets de la satisfaction des besoins d'autonomie, de compétence et d'affiliation en appliquant les

principes de la TAD. Ils ont distribué aléatoirement les participantes en deux groupes, soit le groupe contrôle, qui reçoit un enseignement traditionnel et un groupe expérimental, qui reçoit les enseignements en appliquant les principes de la TAD. Comparativement au groupe contrôle, les participants du groupe expérimental ont montré une augmentation significative de la satisfaction des besoins d'affiliation avec le temps avec un taux d'adhérence au programme plus élevé que le groupe contrôle.

Dans l'étude d'Edmunds, Ntoumanis et Duda (2007), les auteurs ont découvert que la satisfaction du besoin d'affiliation à autrui avait un impact important dans l'initiation et l'engagement à maintenir un comportement de santé. En se référant au travail de Noar et Zimmerman (2005), ils présentent l'hypothèse que les deux autres besoins, soit l'autonomie et la compétence, pourraient jouer un rôle plus important non pas dans l'initiation d'un comportement, mais dans le maintien du même comportement. D'ailleurs, cela entraîne également une autre question, à savoir si les besoins de compétence et d'autonomie sont plus importants pour la persistance d'un comportement et si l'affiliation à autrui a un rôle plus important dans l'initiation d'un comportement. D'autres recherches seraient nécessaires pour faire la lumière sur ces hypothèses.

Domaine du sport. Dans l'étude de Reinboth et al. (2004), la perception des athlètes face au soutien social reçu de la part de leur entraîneur a prédit la satisfaction de leur besoin d'affiliation envers l'équipe sportive. L'étude de validation de l'échelle de satisfaction des besoins fondamentaux en contexte sportif (Losier & Vallerand, 1999) a

révélé que plus les athlètes perçoivent leur relation avec leur entraîneur comme positive (perception d'affiliation élevée), plus ils sont motivés de façon intrinsèque face à leur sport.

Domaine de l'éducation. Dans l'étude de validation de l'ECI, les étudiants qui ont perçu leurs parents, leur entraîneur ou leur professeur comme soutenant leur besoin d'affiliation, rapportaient un niveau plus élevé de motivation intrinsèque et identifiée ainsi qu'un plus faible niveau d'amotivation (Pelletier et al., manuscrit en préparation). Aussi, d'autres études ont démontré qu'un environnement d'apprentissage qui encourage l'affiliation avec des professeurs, des parents ou des pairs peut favoriser la motivation de l'étudiant et avoir un impact positif sur l'engagement envers les études (p. ex., Deci & Ryan, 2000; Furrer & Skinner, 2003).

L'étude de Zhao et al. (2011) s'est intéressée aux relations entre le soutien à l'autonomie, la perception de compétence et la perception d'affiliation et la motivation intrinsèque (plaisir et curiosité) chez des étudiants chinois au sujet de l'utilisation d'internet. Parmi les variables étudiées, la perception d'affiliation de la part des pairs a le plus grand impact sur la motivation intrinsèque à utiliser Internet.

Soutien aux besoins dans un contexte thérapeutique

Dans un service de soins de santé, le soutien du professionnel aux besoins d'autonomie, de compétence et d'affiliation du client est un élément clé du climat dans

lequel les soins sont apportés (Williams et al., 2002). En fait, selon Sheldon et al. (2003), le soutien à l'autonomie peut augmenter l'efficacité du traitement sans en prolonger la durée. Et contrairement à ce que certaines critiques avancent, dans une thérapie, le soutien à l'autonomie est différent d'un manque de structure. En effet, le soutien à l'autonomie peut être appliqué dans un cadre structuré, notamment par la mise en place de limites et d'attentes claires (Reeve, 2006). Selon la TAD, le soutien à l'autonomie facilite le soutien à la compétence (Ryan et al., 2011). Ce qui est important, c'est la perception qu'en a le client, et non ce qui se passe dans la réalité. De plus, selon Kasser et Ryan (1999), c'est la qualité des interactions et non leur fréquence qui détermine l'efficacité du soutien à l'autonomie, à la compétence et à l'affiliation à autrui.

Motivation et soutien aux besoins dans un contexte de psychothérapie

La relation entre le soutien à l'autonomie et la motivation autodéterminée a été confirmée à quelques reprises en psychothérapie. Parmi celles-ci, l'étude de Zuroff et ses collègues (2007) a démontré que les participants dépressifs qui ont perçu leur thérapeute comme soutenant davantage leur autonomie ont rapporté une motivation autodéterminée significativement plus grande. Aussi, dans cette dernière étude, il n'y a pas de relation significative entre la perception du soutien à l'autonomie et la motivation contrôlée.

Dans l'étude de Pelletier et al. (1997), une corrélation positive a été obtenue entre le soutien à l'autonomie perçu chez leur thérapeute et leur motivation autodéterminée à

être en thérapie. Dans cette même étude, une corrélation négative a été obtenue entre le soutien à l'autonomie et la motivation contrôlée (motivation externe et régulation introjectée).

Concernant le soutien aux besoins de compétence et d'affiliation, leur potentiel en thérapie est moins connu puisqu'il n'existe pas d'études sur le sujet, notamment sur leur impact sur la motivation du client en thérapie (Simard, 2005). Néanmoins, plusieurs auteurs se sont positionnés face à l'impact possible du soutien à l'autonomie, à la compétence et à l'affiliation sur la motivation autodéterminée à partir des résultats obtenus d'autres domaines ainsi que des concepts similaires retrouvés en thérapie comme il a été mentionné ci-haut.

Relation entre la motivation et l'efficacité thérapeutique

Motivation et impacts positifs

Domaine de l'éducation. Un degré élevé de motivation autodéterminée a été associé à de meilleures performances académiques (Ahmed & Bruinsma, 2006; Deci & Ryan, 1985; Reeve, Bolt, & Cai, 1999). Dans l'étude de Ying Hong et ses collègues (2011) présentée ci-haut, ils ont obtenu une relation positive entre la motivation autodéterminée face aux études et la réussite scolaire chez les étudiants américains d'origine asiatique et latine.

Domaine du sport. Parmi les études faites dans le domaine du sport qui ont été citées précédemment, nombreuses d'entre elles ont également mis en lumière le lien

entre la motivation autodéterminée et les impacts positifs sur les performances sportives des athlètes. Voici les résultats de quelques une de ces études.

Fortier, Sweet, O'Sullivan et Williams (2007) ont fait une étude empirique sur l'impact du soutien aux besoins de sportifs sur leur motivation et leur performance. Les résultats ont démontré que les participants dont les besoins ont été satisfaits par un entraîneur formé avec la perspective de la TAD avaient une motivation significativement plus autodéterminée que ceux du groupe contrôle. Les scores élevés de motivation autodéterminée du groupe expérimental ont prédit une augmentation de l'activité physique comparativement au groupe contrôle.

L'étude de Pelletier et ses collaborateurs (2001) qui a été citée précédemment, démontre que chez les nageurs de compétition qui ont participé à l'étude, ceux qui avaient une motivation autodéterminée au moment où ils ont rempli le questionnaire persistent plus longtemps dans leur entraînement face à leur sport comparativement à ceux qui avaient une motivation non-autodéterminée.

Dans l'étude d'Halvari et al. (2009), la motivation autonome des athlètes est associée positivement à l'engagement dans une activité sportive et à la performance en compétition.

Domaine de la santé physique. Dans le domaine des soins de santé, plusieurs études ont démontré l'impact de la motivation autodéterminée sur la faible prévalence du taux d'abandon précoce, le maintien du changement à long terme et le bien-être et ce, en ce qui a trait aux sevrages alcoolique (Ryan et al., 1995) et tabagique (Curry, Grothaus, & McBride, 1997), à la perte de poids (Williams, Grow, Freedman, Ryan, & Deci, 1996), à l'exercice et aux programmes de diètes chez les diabétiques (Julien, Sénécal, & Guay, 2009), à l'adhérence aux médicaments (Williams, Rodin, Ryan, Grolnick, & Deci, 1998) et à l'auto-gestion de la diète chez les diabétiques (Igreta, Zuroff, Koestner, Saltaris, Brouillette, & Lalonde, 2000).

Slovinec D'Angelo, Reid et Pelletier (2007) ont créé un modèle d'intégration de comportements de santé. Ils se sont questionnés sur ce qui amenait les patients coronariens à vouloir changer et intégrer un comportement de santé, notamment l'exercice physique, et ce qui les aidait à maintenir le changement souhaité. Les hypothèses stipulaient que des processus psychologiques distincts étaient présents lors des différentes étapes du changement. Ces chercheurs ont entre autres étudié le rôle de l'auto-efficacité (traduction de self-efficacy), concept proche du sentiment de compétence, et de la motivation autodéterminée sur les différentes étapes de l'initiation, de l'intégration et du maintien d'une routine d'exercices physiques régulière. Ils ont demandé à 200 patients coronariens de remplir un questionnaire sur leur intention et leur plan d'intégrer de l'exercice physique à leur quotidien. D'après les résultats de leur étude, l'auto-efficacité a un plus grand impact sur l'intention d'intégrer l'activité

physique à leur routine et la motivation autodéterminée est davantage associé à la planification du maintien de la routine d'exercices. Cette recherche s'insère dans l'étude des déterminants de l'initiation et du maintien d'un comportement et tend à confirmer que la motivation autodéterminée a un rôle plus grand dans le maintien d'un changement dans le temps. D'ailleurs, ces auteurs concluent que les personnes qui ont peu de motivation autodéterminée sont plus à risque d'échouer dans le maintien du comportement désiré. Par contre, il n'y a pas eu de suivi pour recenser le maintien à plus long terme des comportements de santé.

Dans l'étude de Philippe et Vallerand (2008) sur les personnes âgées habitant dans une résidence, il est démontré que la motivation autodéterminée prédit l'amélioration de l'ajustement psychologique des résidents après un an de suivi.

Motivation et impacts en santé mentale et en psychothérapie

Lors d'une étude faite auprès de la population générale montréalaise, il a été démontré que les individus qui ont une motivation plus autodéterminée rapportent une santé mentale meilleure que ceux qui ont une motivation moins autodéterminée (Ratelle, Vallerand, Chantal, & Provencher, 2004). Entre autres, les personnes qui ont une motivation plus autodéterminée ont davantage tendance à utiliser des stratégies d'adaptation centrées sur l'action, utilisent moins l'évitement et le déni et présentent moins de dépression et d'hostilité (Knee, Patrick, Vietor, Nanayakkara, & Neighbors, 2002). Aussi, les deux motivations extrinsèques non-autodéterminées sont associées de

façon positive à des indices négatifs de qualité de vie tels que l'épuisement émotionnel, la dépersonnalisation et des problèmes de santé physique et mentale (Blais et al., 1993). Selon Baker (2004), l'amotivation est associée à un faible ajustement psychosocial, une plus grande perception de stress et à un plus grand niveau de détresse psychologique.

Pelletier et al. (1997) ont évalué les motivations extrinsèques et intrinsèques d'adultes qui entraient en psychothérapie. Les résultats de cette étude révèlent premièrement que plus la motivation des individus est autodéterminée face à la thérapie, plus ils croyaient que la thérapie était importante, et deuxièmement, qu'ils rapportaient des effets bénéfiques dans la thérapie. Par exemple, ils étaient moins distraits lors des séances de thérapie, vivaient moins de tensions face à la thérapie, étaient plus satisfaits face à la thérapie et leur intention de poursuivre la thérapie était plus grande. Troisièmement, ils présentaient des effets bénéfiques de la thérapie. Par exemple, ils avaient une plus grande estime de soi, moins de symptômes dépressifs et une satisfaction plus grande de leur vie. Quant à la motivation non-autodéterminée, elle a prédit positivement les tensions et négativement l'importance de la thérapie, l'intention de poursuivre la thérapie et l'estime de soi.

Michalak, Klappheck et Kosfelder (2004) ont étudié un échantillon de 72 patients provenant d'une clinique externe en psychiatrie ayant un diagnostic soit de trouble de l'humeur ou de trouble anxieux. Cette étude a permis d'identifier que les patients qui avaient une motivation autonome ont retiré davantage de résultats positifs du traitement.

D'ailleurs, les tenants de la TAD supposent que la motivation du client, indépendamment de la psychopathologie de ce dernier, serait un prédicteur fidèle des résultats de la thérapie (Deci & Ryan, 1985).

Ryan et Deci (2008) donnent plusieurs exemples comme quoi la TAD peut être un modèle de compréhension et d'intervention dans le processus thérapeutique. Par exemple, Zuroff et ses collègues (2007) ont fait une étude auprès de 95 participants dépressifs recrutés dans une clinique externe traitant les troubles de l'humeur. Les participants ont été assignés de façon aléatoire dans un groupe recevant 16 sessions soit de thérapie interpersonnelle, de thérapie cognitivo-comportementale ou de pharmacothérapie avec le suivi clinique habituel. La sévérité des symptômes dépressifs a été mesurée avant et après le traitement par des mesures auto-rapportées et par des entrevues cliniques. La motivation autonome, l'alliance thérapeutique et la perception de soutien à l'autonomie de la part du thérapeute ont été les variables mesurées à la troisième session. La motivation autonome s'est avérée être un prédicteur plus fort des résultats du traitement que l'alliance thérapeutique, prédisant une plus grande probabilité de rémission et de diminution de la sévérité des symptômes dépressifs post-traitement dans les trois types de thérapie. Les chercheurs ont d'ailleurs conclu que la motivation autodéterminée devrait être considérée comme un facteur commun de l'efficacité des thérapies brèves.

En résumé, la motivation autodéterminée est associée à des indices positifs de santé mentale auprès d'échantillons d'étudiants et de patients ayant un trouble de santé mentale. Il est donc pertinent d'émettre l'hypothèse que la motivation autodéterminée et l'efficacité thérapeutique sont reliées positivement auprès d'une population non-psychiatrique qui consulte un professionnel pour des difficultés psychologiques. C'est d'ailleurs l'une des hypothèses de la présente étude.

Efficacité thérapeutique et variable exploratoire

Satisfaction face à la thérapie

Rothman, Baldwin, Hertel et Fuglestad (2011) ont élaboré une théorie du changement dans laquelle ils avancent que s'il y a satisfaction chez le client face à la thérapie, il y a davantage de chance que le comportement acquis en thérapie soit maintenu. Dans une étude de Lambert (2010), 500 anciens clients d'une clinique universitaire ont été sollicités afin de remplir un questionnaire post-thérapie afin d'évaluer la relation entre l'efficacité de la thérapie (avec la MI-45) et la satisfaction face à la thérapie. Les résultats des 302 clients qui ont retourné le questionnaire ont révélé qu'un faible lien est présent entre la durée de la thérapie et l'efficacité de cette dernière et entre la satisfaction générale face à la thérapie et le niveau de fonctionnement post-traitement. Dans cette étude, la durée de la thérapie est plutôt corrélée avec la satisfaction face à la thérapie. Selon les conclusions de cette étude, l'efficacité de la thérapie et la satisfaction face à la thérapie devraient être interprétées comme des variables distinctes. Par contre, une étude naturaliste analysant les effets de la thérapie

psychodynamique sur 384 patients arrive à une conclusion différente. En effet, les résultats de cette dernière indiquent que la satisfaction des patients est corrélée positivement avec leur perception de changement en thérapie et que ces derniers sont corrélés avec une amélioration de leurs symptômes (Ward, Wood, & Awal, 2013). À titre exploratoire, la présente étude se penchera sur le lien entre la satisfaction face à la thérapie et les variables principales de l'étude.

Conclusion de la recension d'écrits

En conclusion, les résultats des études faites dans plusieurs domaines et des quelques recherches recensées dans le domaine de la psychothérapie convergent dans le même sens : la motivation autodéterminée et le soutien à l'autonomie, à la compétence et à l'affiliation ont des conséquences positives sur l'individu, entre autres sur sa santé mentale. Par contre, aucune étude recensée n'a étudié ces relations dans le domaine de la psychothérapie auprès d'une population non-psychiatrique avec des instruments de mesures spécifiquement conçus pour étudier ces variables et dans avec un schème de recherche de type longitudinal. Il est donc important d'étudier ces relations en psychothérapie afin, entre autres, de vérifier si les résultats obtenus dans d'autres domaines s'appliquent, permettant ainsi de mieux comprendre comment développer de nouveaux moyens de favoriser l'efficacité de la thérapie, particulièrement celle de la thérapie de courte durée.

Objectifs, hypothèses et questions de recherche

Objectifs de recherche

La présente étude vise premièrement à vérifier si la thérapie de courte durée est efficace. Deuxièmement, elle vise à mesurer la relation entre l'efficacité thérapeutique et la motivation du client face à la thérapie définie selon la TAD. Troisièmement, cette recherche vise à confirmer la pertinence du modèle de la TAD en psychothérapie en étudiant les liens entre la motivation du client face à la thérapie et le soutien aux besoins d'autonomie, de compétence et d'affiliation du client par le psychothérapeute et l'efficacité de la thérapie.

Cette étude permettra aussi de soutenir l'application de la TAD à la psychothérapie dans un contexte non psychiatrique. Considérant la nature de l'échantillon, les résultats obtenus pourront servir aux cliniciens travaillant en pratique privée ou dans des services non-psychiatriques. En effet, si les hypothèses sont confirmées, cela fournirait des bases à l'élaboration d'interventions mettant l'accent sur le soutien aux trois besoins du client et sur sa motivation autodéterminée. D'ailleurs, cette étude est la première à être faite auprès d'une population francophone et à utiliser des instruments préalablement utilisés auprès de cette population.

Hypothèses de recherche

H1 : La thérapie de courte durée est efficace.

H2 : Plus la motivation du client face à la thérapie est autodéterminée, plus l'efficacité thérapeutique sera grande.

H3 : Plus le client percevra les comportements du psychothérapeute comme soutenant son besoin d'autonomie, plus la motivation du client face à la thérapie sera autodéterminée.

H4 : Plus le client percevra les comportements du psychothérapeute comme soutenant son besoin de compétence, plus la motivation du client face à la thérapie sera autodéterminée.

H5 : Plus le client percevra les comportements du psychothérapeute comme soutenant son besoin d'affiliation à autrui, plus la motivation du client face à la thérapie sera autodéterminée.

Questions de recherche

Q1. Existe-t-il une différence entre la motivation de départ du client et la motivation de ce dernier mesurée lors de la troisième entrevue?

Q2. Si oui, est-elle en lien avec le soutien de la part du thérapeute aux besoins d'autonomie, de compétence et d'affiliation du client?

Méthode

La section *Méthode* présente en premier lieu les participants et plus particulièrement la taille et les caractéristiques sociodémographiques de l'échantillon. En second lieu, les trois instruments de mesure qui ont servi à la mesure des trois variables à l'étude et leurs qualités psychométriques seront présentés. Dans cette même section, les variables sociodémographiques ainsi que la variable exploratoire « satisfaction du client face à la thérapie » seront brièvement exposées. Le schème de recherche utilisé sera introduit en troisième lieu. En dernier lieu, le déroulement de la recherche comprenant les caractéristiques des psychothérapeutes et le déroulement de la cueillette de données sont précisés.

Participants

Les participants de cette étude sont au total 22 adultes débutant un processus thérapeutique avec un thérapeute qu'ils n'ont jamais consulté auparavant. Ils proviennent d'une population francophone de la région du Saguenay Lac-St-Jean ainsi que de la région de Montréal. Ils sont âgés entre 23 et 66 ans ($M = 42,7$, $ÉT = 9,90$). À l'intérieur de cet échantillon, 19 participants sont des femmes (86,4 %) et 3 participants sont des hommes (13,6 %). À cet effet, la proportion plus élevée de femmes qui consultent est connue dans les services de consultation en santé mentale. Au niveau du statut matrimonial, 63,6 % des répondants sont mariés, 9,1 % sont célibataires, 18,2 % sont séparés ou divorcés et 4,5 % sont veufs. La majorité des participants travaillent à

temps plein, soit 72,7 %, contre 9,1 % qui travaillent à temps partiel et 9,1 % qui sont aux études à temps plein. Le niveau de scolarité est distribué de façon relativement équivalente entre le secondaire complété (22,7 %), les études collégiales complétés (27,3 %) et les études universitaires complétés (27,2 %). En ce qui a trait au revenu, 22,7 % de ces individus gagnent plus de 55 000 \$ par année, 36,3 % gagnent moins de 35 000 \$ par année et 31,8 % gagnent entre 35 000 \$ et 55 000 \$ par année. Le Tableau 1 présente une synthèse des données sociodémographiques des participants.

Au sujet des caractéristiques des participants en lien avec la thérapie, voici ce qui est ressorti de l'étude. Seulement 13,6 % d'entre eux prennent une médication et 86,4 % n'utilisent pas de médication en lien avec leur état psychologique. Plus de la moitié des participants (63,6 %) ont trois motifs de consultation ou plus et 50 % ont consulté de leur propre chef. Les autres ont été référés soit par un proche (13,6 %), leur médecin (9,1 %) ou par un collègue (18,2 %) ou un superviseur (4,5 %). Huit d'entre eux ont vécu un ou des événement(s) stressant(s), autre que leur motif de consultation lors de leur thérapie. Le Tableau 2 présente une synthèse de ces résultats. Le Tableau 3 dresse un portrait des différents motifs de consultation pour lesquels les participants consultent. L'anxiété et/ou le stress est le motif le plus fréquent avec un taux de 63,6 % des participants qui viennent consulter entre autres pour cette raison. Les problèmes d'estime de soi viennent au deuxième rang avec 36,4 %, puis les difficultés conjugales arrivent au troisième rang avec 31,8 % des participants qui consultent pour cette raison. Le deuil vient au quatrième rang avec 27,3 %, puis les problèmes familiaux arrivent au

cinquième rang avec 22,7 %. L'épuisement professionnel, le harcèlement psychologique, la dépression, les difficultés reliées à un événement stressant et la connaissance de soi/croissance arrivent ex aequo avec 18,2 %. Enfin, 13,6 % des participants consultent en raison de difficultés relationnelles, 9,1 % pour des raisons de maladies/alimentation et 4,5 % pour des problèmes relatifs à la sexualité.

Tableau 1
Variables sociodémographiques des participants

Variabes	<i>n</i>	%
Sexe		
Femme	19	86,4
Homme	3	13,6
Années de scolarité		
Secondaire complété	5	22,7
Collégial non-complété	3	13,6
Collégial complété	6	27,3
Université non-complété	2	9,1
Université complété	6	27,3
Statut matrimonial		
En couple	14	63,6
Célibataire/veuf	7	36,4
Occupation principale		
Travail à temps plein	16	72,7
Travail à temps partiel	2	9,1
Étude à temps plein	2	9,1
Retraite	1	4,5
Autre	1	4,5
Revenu annuel personnel		
35 000\$ et moins	8	36,3
Entre 35 000\$ et 55 000\$	7	31,8
55 000\$ et plus	5	22,7

Tableau 2

Caractéristiques des participants en lien avec la thérapie

Caractéristiques	<i>n</i>	%
Prise de médication		
Oui	3	13,6
Non	19	86,4
Nombre de motif de consultation		
Un	2	9,1
Deux	6	27,3
Trois	7	31,8
Quatre	4	18,2
Cinq	3	13,6
Source de référence		
Eux-mêmes	11	50
Médecin	2	9,1
Membre de la famille ou proche	3	13,6
Employeur ou superviseur	1	4,5
Collègue de travail	4	18,2
Autre	1	4,5
Vécu un évènement stressant durant thérapie		
Oui	8	36,4
Non	14	63,6

Tableau 3

Motifs de consultation des participants de l'étude

Motif de consultation	<i>n</i>	%
Anxiété/Stress	14	63,6
Épuisement professionnel	4	18,2
Harcèlement psychologique	4	18,2
Dépression	4	18,2
Deuil	6	27,3
Estime de soi/Confiance en soi	8	36,4
Difficultés conjugales/Séparation/Divorce	7	31,8
Problèmes familiaux	5	22,7
Difficultés reliées à un évènement stressant	4	18,2
Difficultés relationnelles	3	13,6
Maladies/Alimentation	2	9,1
Difficultés reliées à la sexualité	1	4,5
Connaissance personnelle/Croissance	4	18,2

Variables et instruments de mesure

Les variables à l'étude sont l'efficacité thérapeutique, la motivation du client face à la thérapie et le soutien à l'autonomie, à la compétence et à l'affiliation à autrui. Une variable complémentaire est la satisfaction face à la thérapie.

Efficacité thérapeutique

L'efficacité thérapeutique est définie par la différence entre l'état psychologique du participant mesuré au début et à la fin de la thérapie. Cette variable est évaluée par l'entremise de la Mesure d'Impact (MI), traduction française de *l'Outcome Questionnaire-45.2* (OQ : Lambert et al., 1996). Ce questionnaire a été conçu pour les

professionnels de la santé et validé en tant qu'outil d'évaluation des progrès du patient suivant une thérapie psychologique ou un traitement médical sans égard au type de traitement utilisé, au diagnostic du patient et à la discipline du professionnel (OQ Measures, 2005). Il a d'ailleurs été traduit en 24 langues et validé auprès d'une population d'enfants, d'adolescents, de couples, de patients non-hospitalisés et de patients hospitalisés. Il est également utilisé comme outil de mesure de santé mentale des soldats américains (OQ Measures, 2011). Selon les auteurs de ce questionnaire, dans le cadre d'une psychothérapie, le OQ-45 peut évaluer les progrès des patients en répertoriant un large éventail de troubles mentaux et de syndromes de l'axe I et/ou de l'axe II ainsi que de l'axe V du DSM-IV. Selon un sondage fait par Hatfield et Ogles (2004), le OQ est le troisième instrument de mesure de l'efficacité thérapeutique le plus utilisé par les thérapeutes. Ce questionnaire a été révisé afin de réduire le nombre de questions à 30 dans le but de diminuer la durée de passation tout en conservant un bon niveau de validité, de fidélité et de sensibilité (Lambert, Finch, Okiishi, & Burlingame, 2005). C'est d'ailleurs la MI-30 qui est employée dans la présente étude. La MI-30 est un instrument auto-administré de type papier crayon qui est complété par les clients en thérapie. Il comprend 30 items, chacun distribué sur une échelle de type Likert allant des réponses 1 (jamais) à 5 (toujours). Des exemples d'items sont : « je suis satisfait(e) avec ma vie » ou « des pensées troublantes, dont je ne peux pas me débarrasser, me viennent à l'esprit. » La MI-30 comprend des items portant sur la détresse psychologique (p. ex., l'anxiété, la dépression, le stress et les symptômes somatiques), les relations interpersonnelles et les rôles sociaux (p. ex., au travail ou à l'école). Concernant les

qualités psychométriques de l'instrument, les données recueillies jusqu'à présent démontrent que la MI est fidèle (Lambert et al., 1998). Les tests-retests varient entre 0,7 et 0,8 tandis que la cohérence interne est autour de 0,90 (Lambert et al., 1998). La MI-45 a été traduite en français par une équipe de l'université d'Ottawa et validée auprès d'un échantillon de 206 participants québécois francophones, dont 80 % de femmes (Flynn et al., 2002). Pour la MI-45, ces auteurs ont obtenus une bonne cohérence interne, soit 0,92, et une forte corrélation avec une autre mesure de détresse psychologique, la LS-10 ($r(206) = 0,79, p < 0,001$). Ce groupe de chercheurs n'a pas présenté de données pour la version MI-30. Par contre, une étude québécoise de la validation de la traduction française de la MI-30 obtient des résultats similaires à la OQ-30 (test-retest : 0,75 et cohérence interne : 0,92) (Lalande, Émond, Savard, Boisvert, & Larouche, 2007) avec un échantillon de 138 clients effectuant une psychothérapie et 241 étudiants. Dans la présente étude, l'alpha de la MI-30 au T1 est de 0,89 et au T3, il est de 0,88. De fortes corrélations existent entre le OQ et d'autres mesures de détresse psychologique, qui oscillent entre 0,66 et 0,88 (Lambert & Finch, 1999; Lambert et al., 2005) ainsi qu'avec des échelles de bien-être (OQ Measures, 2005). Des résultats similaires ont été retrouvés par Lalande et ses collègues (2007) pour la version française. Le OQ est très sensible au changement (Vermeersch, Whipple, Lambert, Hawkins, Okiishi, & Burchfield, 2004) et a enregistré significativement plus d'amélioration chez les participants en traitement que ceux qui ne l'étaient pas. La MI est adaptée pour des mesures répétées et peut être administrée à une population hétérogène en consultation (Lambert et al., 1998). Par

contre, la MI-30 a une cotation qui ne repose que sur une seule échelle, contrairement au OQ-45 qui en compte trois. Le score global a été utilisé dans la présente étude.

Motivation face à la thérapie

Dans la présente recherche, la motivation du client face à la thérapie est étudiée par le biais des raisons pour lesquelles les clients sont en thérapie. Cette variable est mesurée par un questionnaire conçu à partir du cadre théorique de la TAD, c'est-à-dire l'Échelle de Motivation du Client face à la Thérapie (EMCT). L'EMCT est une adaptation française validée par Nancy Boisvert (2006) du *Client Motivation for Therapy Scale* (CMOTS) de Pelletier et al. (1997). Ce questionnaire mesure la ou les raisons pour lesquelles le client est en thérapie. Il comprend 24 items utilisant une échelle de type Likert allant de 1 (ne correspond pas du tout) à 7 (correspond exactement). Des exemples d'items sont : « parce que d'autres personnes pensent que c'est une bonne idée pour moi d'être en thérapie » ou « pour l'intérêt que j'ai à mieux me comprendre ». Ces items sont donc répartis en six sous-échelles correspondant aux six types de motivations définis précédemment. Ce questionnaire de type papier crayon est auto-administré et peut être utilisé à différents temps durant la thérapie. La version anglaise a une bonne consistance interne (alpha entre 0,70 et 0,92), une corrélation significative avec des construits psychologiques reliés (estime de soi, locus de contrôle et dépression) et confirme l'existence du continuum (Boisvert, 2006; Pelletier et al., 1997). Dans l'ensemble, les qualités psychométriques de l'EMCT sont semblables à celles de la version anglaise (Boisvert, 2006). De plus, l'EMCT a une bonne cohérence

interne (alpha entre 0,60 et 0,85). Dans la présente étude, l'alpha au T1 et au T2 est de 0,86.

Soutien aux besoins d'autonomie, de compétence et d'affiliation

Cette variable regroupe les différents comportements et attitudes que le thérapeute adopte pour soutenir les trois besoins fondamentaux du client. Par exemple, afin de soutenir l'autonomie du client, le thérapeute lui offrira des choix. Dans la présente étude, c'est la perception subjective du client face à ces comportements et attitudes qui a été évaluée par un questionnaire. La variable soutien aux besoins d'autonomie, de compétence et d'affiliation est mesurée par l'Échelle de Comportements Interpersonnels (ECI) qui est la traduction française du *Interpersonal Behaviors Scale* construit, traduit et validé par Pelletier et al. (manuscrit en préparation). Ce questionnaire évalue la perception qu'une personne a du soutien à l'autonomie (vs le contrôle), à l'incompétence (vs la compétence) et à l'affiliation offert par une autre personne (par exemple, un entraîneur, un professeur ou un parent). Il s'agit d'un questionnaire pouvant être administré dans divers domaines tels les milieux scolaire et sportif. Dans la présente étude, il a été utilisé dans le contexte thérapeutique, entre le client et son thérapeute. L'ECI est un questionnaire auto-administré de type papier crayon qui comprend 12 items utilisant une échelle de type Likert allant de 1 (jamais) à 7 (toujours). Deux exemples d'items sont : « je sens que mon/ma thérapeute m'impose ses opinions » et « mon/ma thérapeute m'encourage à être moi-même ». L'ECI est divisé en trois échelles, soit la perception du soutien à l'autonomie (versus le contrôle), la perception du soutien

à l'incompétence (vs la compétence) et le soutien au besoin d'affiliation. La validation de l'ECI a été faite auprès d'étudiants qui évaluaient le soutien de leurs parents, professeurs et entraîneurs. D'après les études de validation faites par Pelletier et al. (manuscrit en préparation), l'ECI a une consistance interne se situant entre 0,77 et 0,88 pour les trois échelles, ce qui représente un niveau d'homogénéité satisfaisant. Toujours selon ces auteurs, les analyses factorielles confirment la structure des trois échelles et la validité de construit est supportée. Enfin, les sous-échelles ont de très bons coefficients test-retest ($r = 0,79$). Dans la présente étude, l'alpha de l'ECI est de 0,69, l'alpha du soutien à l'autonomie est de 0,86; celui du soutien à la compétence est de 0,86 et celui du soutien à l'affiliation à autrui est de 0,67.

Satisfaction face à la thérapie

La variable complémentaire sur la satisfaction du client face à sa thérapie a été mesurée à l'aide d'un questionnaire qui a été adapté de celui de Larsen, Attkinsson, Hargreaves et Nguyen (1979). Il contient 8 items utilisant une échelle de type Likert allant de 1 à 4. Cet instrument présente une bonne fidélité avec un alpha de 0,90 (Boisvert, 2006).

Variables sociodémographiques

Les autres variables mesurées sont des variables sociodémographiques ainsi que la satisfaction du client face à sa thérapie, à titre de variable complémentaire. Ces premières seront recueillies au moyen d'un questionnaire sociodémographique qui cible

entre autres l'âge, le sexe, le revenu, le niveau de scolarité, la prise de médication, les motifs de consultation, la source de référence et la présence d'évènements stressants lors du suivi psychologique pouvant affecter la motivation ou le processus thérapeutique.

Schème de recherche

Cette recherche corrélationnelle de type longitudinal utilisera un schème de recherche quasi expérimental prétest-posttest à groupe unique.

Déroulement de la recherche

Psychothérapeutes

Les psychothérapeutes sont des psychologues et des travailleurs sociaux dont la majorité travaillent à l'intérieur d'un programme d'aide aux employés de la région du Saguenay Lac-St-Jean, un travaille aux services aux étudiants de l'Université du Québec à Chicoutimi et un autre travaille en bureau privé de la région de Montréal.

Déroulement de la recherche

Le recrutement s'est fait entre les mois de janvier 2009 et mars 2010. Il est important de préciser que la présente étude s'inscrit à l'intérieur d'une recherche de plus grande envergure qui étudie plusieurs déterminants de l'efficacité thérapeutique. Le recrutement des participants s'est fait par le biais de psychothérapeutes ayant accepté de collaborer à la recherche. Ceux-ci ont lu et signé un formulaire de participation à l'étude, puis ont lu à leurs nouveaux clients une brève description de l'étude (voir appendice A).

À ceux qui ont consenti à participer à l'étude, un formulaire de consentement signé par leur psychothérapeute leur a été présenté. Ce formulaire de consentement confirme aux participants que leur thérapeute consent à sa participation et n'aura pas accès aux questionnaires complétés ni aux résultats individuels. Il est d'ailleurs à noter que les questionnaires des participants ne sont pas associés au thérapeute qui suit ces derniers. À la première entrevue, le psychothérapeute a remis à chaque client qui désire participer trois enveloppes pré affranchies contenant les questionnaires à remplir aux différents temps de l'étude, dont la première contient également deux copies du formulaire de consentement à la recherche (voir Appendice B pour le questionnaire et l'Appendice A pour le formulaire de consentement). Le formulaire de consentement a pour but d'informer les clients sur les modalités de la recherche afin qu'ils puissent prendre une décision libre et éclairée concernant leur participation. Ce formulaire a été approuvé par le Comité d'éthique de la recherche de l'Université du Québec à Chicoutimi (CER). Les participants doivent signer les deux copies du formulaire de consentement, en conserver une et retourner l'autre aux chercheurs.

La cueillette de données s'est déroulée en trois temps. Les participants complètent le questionnaire sociodémographique, l'EMCT ainsi que la MI-30 à la suite de la première entrevue thérapeutique (T1). Cela prend environ 10 minutes à remplir. Ensuite, à la fin de la troisième entrevue (T2), les participants remplissent l'EMCT et l'ECI d'une durée approximative de onze minutes. Finalement, à la fin de la dernière entrevue (T3), les participants remplissent la MI-30 et le questionnaire de satisfaction face à la thérapie

qui prend environ cinq minutes à remplir. Il a ensuite été demandé aux participants de retourner ces enveloppes par la poste à l'UQAC. Dans les milieux sollicités, la démarche thérapeutique a duré entre trois et seize séances ($M = 6,14$). La distribution du nombre de séances suit la courbe normale avec plus de la moitié des participants (59 %) qui ont cessé la thérapie suite à leur 5^e ou 6^e rencontre (voir Tableau 4). Le programme d'aide aux employés d'où proviennent la plupart des participants offre généralement un maximum de 6 rencontres à leurs clients. La fréquence des rencontres est hebdomadaire pour 9 participants, bimensuelle pour 9 autres participants, variable pour 3 participants et un seul a vu son thérapeute aux trois semaines.

Sur un total de 300 enveloppes préparées pour la présente étude, 240 ont été distribuées dans les différents milieux. Seulement 22 participants ont complété et retourné les trois questionnaires (T1, T2, T3), neuf participants ont retourné uniquement le questionnaire T1, sept participants ont retourné les questionnaires T1 et T2 et un participant a retourné les questionnaires T1 et T3. Un de ces participants a été retiré de l'étude en raison de la non-complétion du questionnaire T2. Un examen approfondi du patron des données manquantes révèle que la quasi-totalité des celles-ci proviennent d'une absence de données pour le questionnaire T3. Cette situation a comme conséquence qu'il est impossible de calculer, pour ces participants, l'efficacité thérapeutique, la variable principale de l'étude. Sur la base de cette observation, seuls les participants qui ont complétés les trois questionnaires ont été retenus pour l'analyse statistique. La réponse est minime par rapport à ce qui était attendu. En effet, la taille de

Tableau 4

Distribution de fréquence du nombre de rencontres totales

	n	%
Nombre de rencontres totales		
3	3	13,6
4	2	9,1
5	8	36,4
6	5	22,7
10	2	9,1
12	1	4,5
16	1	4,5

l'échantillon visée était de 64 participants pour avoir un effet modéré ($r=30$), un alpha de 0,05 et une puissance de 0,80 (G*Power : Erdfelder, Faul, & Buchner, 1996). L'échantillon de petite taille a eu comme conséquence de restreindre les possibilités d'analyses statistiques et limite la possibilité de généraliser les résultats.

Résultats

Le chapitre des résultats présente deux sections, soit l'analyse des données et la présentation des résultats. La section « Analyse des données » précise comment sont calculés les scores des variables étudiées et quelles sont les analyses statistiques utilisées. La section « Présentation des résultats » inclut des analyses préliminaires et la vérification des hypothèses et questions de recherche. Des analyses complémentaires ont également été faites et les résultats sont introduits dans la deuxième section avec l'objectif d'identifier de nouvelles pistes de recherche.

Analyses des données

Calcul des scores pour les variables à l'étude

Mesure de l'efficacité thérapeutique. L'efficacité thérapeutique est mesurée à partir de la MI-30, présentée précédemment. La MI évalue l'état d'une personne à un temps donné. La mesure de l'efficacité thérapeutique est calculée par la différence entre les scores de la MI-30 au début et à la fin des séances. Le score de la MI-30 est obtenu par la somme des items, en ayant d'abord inversé la cote des items 5, 9, 18 et 30. Le score de la MI-30 peut varier entre 30 et 120. Les auteurs de la MI-30 ont déterminé deux critères qui indiquent la présence d'un changement cliniquement significatif chez un patient (Lambert et al., 2005). Premièrement, les auteurs ont calculé un index de fiabilité du changement avec la formule de Jacobson et Truax (1991). D'après leur calcul, la valeur de l'index de fiabilité du changement est de 10 points. Cela signifie que tout

changement de score de 10 points et plus indique un changement significatif dans l'état psychologique de la personne. Deuxièmement, les auteurs de la MI-30 proposent un seuil clinique à partir duquel ils considèrent que les répondants ont une santé mentale similaire à celle de la population générale. Ce seuil critique, établi pour la population américaine, se situe à 44 (Lambert et al., 2005). Un score inférieur à 44 indique que le participant n'a pas plus de problèmes psychologiques que la population générale tandis qu'un score supérieur à 44 sous-tend qu'il a davantage de problèmes que la population générale. À ce jour, il n'existe pas de normes pour la population québécoise. Dans la présente étude, ce seuil de 44 a été utilisé à titre exploratoire. À des fins d'interprétation clinique de la sévérité de l'état psychologique des patients, Lambert et al. (2005) ont créé trois catégories (normal, détresse légère à modérée et détresse sévère). Un score inférieur à 44 est considéré comme « normal », un score entre 44 et 64 est considéré comme une détresse légère à modérée et un score supérieur à 64 est interprété comme une détresse sévère.

Mesure de la motivation autodéterminée. La motivation autodéterminée est mesurée à l'aide de l'EMCT. L'EMCT comporte 6 sous-échelles qui représentent les 6 types de motivation, soit l'amotivation, la régulation externe, la régulation introjectée, la régulation identifiée, la régulation intégrée et la motivation intrinsèque. Pelletier et ses collaborateurs (1997) ont élaboré l'instrument afin qu'il puisse produire trois types de scores, soit le score de chacune des sous-échelles de motivation, les scores de motivation autodéterminée et de motivation non-autodéterminée ainsi que le score global de

motivation. Selon les auteurs de ce questionnaire, la formule pour calculer la motivation autodéterminée est la suivante : (3 X le score de motivation intrinsèque) + (2 X le score de régulation intégrée) + (1 X le score de régulation identifiée). Le score de la motivation non-autodéterminée se calcule comme suit : (1 X le score de la régulation introjectée) + (2 X le score de la régulation externe) + (3 X le score de l'amotivation). Le score de motivation global est obtenu par la soustraction du score de la motivation non-autodéterminée du score de la motivation autodéterminée.

Mesure du soutien à l'autonomie, à la compétence et à l'affiliation. Les scores de soutien à l'autonomie, à la compétence et à l'affiliation à autrui sont obtenus au moyen de l'ECI. Le score du soutien à l'autonomie est obtenu en additionnant les résultats des items 3, 5, 10 et 12. Pour obtenir le score du soutien à la compétence, les items 4, 7, 9 et 11 ont été inversés et additionnés. Le score du soutien à l'affiliation à autrui est calculé par la somme des items 1, 2, 6 et 8. Lors de la cueillette de données, il a été observé que l'item 2 de l'ECI est formulé négativement comparativement aux autres items mesurant le soutien à l'affiliation, soit : « le thérapeute se soucie peu que je réussisse ou que j'échoue ». La majorité des participants ont répondu « jamais » à cet item, et « toujours » aux autres items représentant le soutien à l'affiliation. Cet item a donc été inversé pour l'analyse des données de cette étude.

Analyses statistiques utilisées

Des analyses statistiques préliminaires ont été réalisées à partir des variables sociodémographiques dans le but de décrire l'échantillon et ont été présentées dans la section « Participants » de la partie « Méthode ». Par la suite, d'autres analyses préliminaires ont été conduites afin de vérifier la distribution des données. Ensuite, afin de vérifier les hypothèses et questions de recherche qui portent sur les liens entre les variables, des coefficients de corrélation de Pearson ont été utilisés. Des tests t ont été utilisés afin de comparer des regroupements de mesure. Il est à noter que les analyses statistiques prévues à l'origine de cette étude incluaient également la régression. Or, les difficultés de recrutement ont eu comme conséquence que le nombre de participants est inférieur à ce qui était prévu au départ, ce qui a empêché de réaliser les analyses de régression. De plus, en raison de la taille de l'échantillon, il a été décidé de considérer les résultats avec un seuil de signification à $p < 0,1$. Le logiciel SPSS a été utilisé pour réaliser les analyses statistiques.

Présentation des résultats

Analyses préliminaires

Cette section présente les analyses statistiques descriptives des variables incluses dans cette étude. Le but de ces analyses est de vérifier leur distribution. Comme le présente le Tableau 5, le minimum, le maximum, la moyenne, l'écart-type et les coefficients d'asymétrie et d'aplatissement sont calculés pour chacune de ces variables.

Tableau 5

Analyses descriptives de l'efficacité thérapeutique, de la motivation et des trois types de soutien aux trois temps de l'étude

	Min/Max	Moyenne	Écart-Type	Asymétrie	Aplatissement
État psychologique (T1)	46/97	73,14	14,25	-0,03	-0,78
État psychologique (T3)	43/84	62,45	11,79	0,20	-0,86
Efficacité thérapeutique (MIT1 – MIT3)	-15/34	10,68	11,68	-0,43	0,12
Motivation autodéterminée (T1)	10,50/39,75	28,31	7,63	-0,72	0,30
Motivation autodéterminée (T2)	20/42	30,51	5,50	-0,04	0,25
Motivation non-autodéterminée (T1)	6/22,92	11,99	4,75	0,67	-0,60
Motivation non-autodéterminée (T2)	6/16,5	10,68	3,19	0,12	-1,11
Motivation globale (T1)	0,83/30,83	16,32	7,59	-0,24	-0,39
Motivation globale (T2)	8,75/30,33	19,68	5,16	-0,13	-0,03
Soutien à l'autonomie	7/28	22,29	5,23	-1,56	2,90
Soutien à la compétence	20/28	26,91	2,07	-2,57	6,5
Soutien à l'affiliation	14/28	23,4	3,75	-1,16	1,04

Comme le présente le Tableau 5, la plupart des variables présentent des distributions normales. Or, les distributions de quelques variables soulèvent des questions en raison de leur asymétrie et/ou de leur aplatissement. En effet, le soutien à la compétence présente une asymétrie négative et une distribution leptocurtique (kurtosis), avec un excès d'aplatissement positif correspondant à une distribution très pointue. Le soutien à l'autonomie présente également une distribution leptocurtique. Cela indique une faible variation des données relatives à ces deux variables dont il faudra tenir compte dans les analyses subséquentes.

Le Tableau 6 présente une matrice de corrélation des variables principales de l'étude afin de dresser un portrait d'ensemble des relations entre ces variables.

Tableau 6

Corrélations entre les variables (n =22)

Variable	2	3	4	5	6	7	8	9
1. Motivation autodéterminée T2	0,39	0,82**	0,13	0,20	-0,07	0,07	-0,03	0,28
2. Motivation non-autodéterminée T2		-0,20	0,27	0,41	-0,12	-0,28	-0,24	0,09
3. Motivation globale			-0,01	-0,06	-0,12	0,04	0,15	-0,13
4. MI-T1				0,61*	0,60*	-0,21	-0,20	-0,37
5. MI-T3					-0,26	-0,14	-0,32	-0,21
6. Efficacité thérapeutique						-0,13	0,09	-0,25
7. Soutien à l'autonomie							0,57*	0,68**
8. Soutien à la compétence								0,62*
9. Soutien à l'affiliation								

Note. * $p \leq 0,01$. ** $p \leq 0,001$.

Analyses principales

La prochaine section présente les résultats obtenus suite aux analyses effectuées pour vérifier les hypothèses et répondre aux questions de recherche. Par la suite, des analyses complémentaires ont été réalisées et les résultats de ces dernières sont exposés dans la dernière section.

Vérification des hypothèses de recherche. Hypothèse 1. L'hypothèse 1 stipulait que la thérapie de courte durée serait efficace. L'efficacité thérapeutique était mesurée par la différence entre les moyennes pré-post de l'état psychologique des patients. Les résultats du test t indiquent que l'hypothèse 1 a été confirmée ($t(21) = 4,29$, $p < 0,001$). Plus spécifiquement, les scores de la MI-30 obtenus à la dernière entrevue ($M = 62,45$, $ÉT = 11,79$) sont significativement plus bas que les scores obtenus à la première entrevue ($M = 73,14$, $ÉT = 14,25$). La taille de l'effet du test t est de 0,47, ce qui indique un effet modéré. Il est à noter que la moyenne de la différence de moyennes entre la première et la dernière entrevue est supérieure à 10 ($M = 10,68$, $ÉT = 11,68$), ce qui est un autre indicateur d'un changement significatif d'après l'index de fiabilité du changement élaboré par les auteurs de la MI-30. À la fin de la thérapie, la majorité des participants, soit 21 participants sur 22, avaient un score plus élevé que le seuil critique de 44 estimé par les auteurs de la MI-30. Un seul participant a laissé voir, à sa dernière entrevue, un score sous le seuil critique établi par Lambert et al. (2005), soit 43. D'ailleurs, 14 participants (64 %) ont plus de 10 points d'écart d'amélioration entre le début et la fin de la thérapie et un participant (5 %) a régressé de plus de 10 points. Si l'on se fie aux catégories de sévérité établies par les auteurs de la MI-30, la moyenne des scores des participants indiquait une détresse sévère en début de thérapie qui a diminué à un niveau de détresse modérée à la fin du suivi.

Hypothèse 2. L'hypothèse 2 proposait que plus la motivation du client face à la thérapie serait autodéterminée, plus l'efficacité thérapeutique serait grande. Les résultats

des analyses statistiques réalisées indiquent qu'il n'y a pas de lien significatif entre la motivation autodéterminée mesurée au temps 2 et l'efficacité thérapeutique ($r(20) = -0,07$, $p = 0,78$). L'hypothèse 2 n'est donc pas confirmée. Il n'y a pas non plus de lien entre l'efficacité thérapeutique et la motivation globale au temps 2 ($r(20) = 0,06$, $p = 0,8$) ni entre l'efficacité thérapeutique et la motivation non-autodéterminée au temps 2 ($r(21) = -0,12$, $p = 0,61$). Par contre, il y a présence d'une corrélation à tendance significative entre la motivation non-autodéterminée au T2 et la MI au T3, $r(21) = 0,41$, $p = 0,063$. Cela indique que plus la motivation non-autodéterminée est élevée à la troisième entrevue, moins bon est l'état de santé psychologique à la fin de la thérapie.

Hypothèse 3. L'hypothèse 3 soutenait que plus le client percevait les comportements du psychothérapeute comme soutenant son besoin d'autonomie, plus la motivation du client face à la thérapie serait autodéterminée. Les résultats indiquent qu'il n'y a pas de lien significatif entre la motivation autodéterminée au temps 2 et le soutien à l'autonomie ($r(19) = 0,07$, $p = 0,79$). L'hypothèse 3 n'est pas confirmée.

Hypothèse 4. La quatrième hypothèse stipulait que plus le client percevait les comportements du psychothérapeute comme soutenant son besoin de compétence, plus la motivation du client face à la thérapie serait autodéterminée. Le lien entre la motivation autodéterminée au temps 2 et le soutien à la compétence n'est pas significatif ($r(20) = -0,03$, $p = 0,89$). L'hypothèse 4 n'est pas confirmée.

Hypothèse 5. L'hypothèse 5 indiquait que plus le client percevait les comportements du psychothérapeute comme soutenant son besoin d'affiliation à autrui, plus la motivation du client face à la thérapie serait autodéterminée. La corrélation entre le soutien à l'affiliation et la motivation autodéterminée au temps 2 n'est pas significative ($r(19) = 0,28, p = 0,24$). Cela démontre que l'hypothèse 5 n'est pas confirmée par les résultats de cette étude.

Questions de recherche. Question 1. La question 1 portait sur la présence ou non d'une différence entre la motivation globale de départ du client et la motivation globale de ce dernier mesurée lors de la troisième entrevue. Les résultats du test t ($t(19) = -1,96, p = 0,065$) avec une effet de petite taille ($d=0,20$) laissent voir un changement au niveau de la motivation globale entre le T1 ($M = 16,97, \text{ÉT} = 7,67$) et le T2 ($M = 19,68, \text{ÉT} = 5,16$). Plus spécifiquement, cela indique que la motivation a tendance à être plus autodéterminée à la troisième séance de thérapie qu'à la première.

Question 2. La question 2 tentait de savoir, dans le contexte où il existerait une différence significative entre la motivation globale de départ du client et la motivation globale de ce dernier mesurée lors de la troisième entrevue, si elle était en lien avec le soutien aux trois besoins. Selon les analyses corrélationnelles, il n'y a pas de liens significatifs entre les changements observés au niveau de la motivation globale et le soutien à l'autonomie ($r(19) = 0,04, p = 0,88$), le soutien à la compétence ($r(20) = 0,15, p = 0,52$) et le soutien à l'affiliation ($r(19) = -0,13, p = 0,59$).

Analyses complémentaires

D'autres analyses corrélationnelles entre les variables de cette étude ont été réalisées afin d'explorer les liens possibles entre elles. Parmi les résultats significatifs découverts, il y a d'abord la présence de corrélations significatives entre les trois types de soutien interpersonnel. En effet, il y a une corrélation positive entre le soutien à l'autonomie et le soutien à la compétence ($r(21) = 0,57, p = 0,007$) et entre le soutien à l'autonomie et le soutien à l'affiliation ($r(19) = 0,68, p = 0,001$) et entre le soutien à la compétence et le soutien à l'affiliation ($r(20) = 0,62, p = 0,004$).

Les résultats des analyses corrélationnelles démontrent aussi qu'il y a un lien significatif entre l'efficacité thérapeutique et le nombre de séances faites avec le thérapeute actuel ($r(22) = -0,43, p = 0,046$). Cela indique que plus il y a de séances, plus il y a de changement dans l'état du participant. Il y a aussi une relation qui tend à être significative entre la motivation globale au T2 et le nombre de séances suivies avec le thérapeute actuel ($r(20) = 0,39, p = 0,093$). Cela indique que plus la motivation globale tend vers l'autodétermination, plus le suivi thérapeutique est long. Cette corrélation peut également signifier l'inverse, soit que plus le sujet reste longtemps en thérapie, plus la motivation globale tend à être autodéterminée.

Les participants ont aussi complété un questionnaire sur leur satisfaction face à leur thérapie. La somme des 8 items du questionnaire a permis de calculer la satisfaction globale des participants. La satisfaction globale a été mise en corrélation avec les

différentes variables de l'étude et des liens significatifs sont ressortis. En effet, il y a un lien positif entre la satisfaction globale et le soutien à l'autonomie ($r(21) = 0,62$, $p = 0,003$), le soutien à la compétence ($r(20) = 0,38$, $p = 0,08$) et le soutien à l'affiliation ($r(20) = 0,60$, $p = 0,005$). Ces résultats indiquent que plus les participants perçoivent leur thérapeute comme soutenant leurs besoins fondamentaux, plus ils sont satisfaits de la thérapie. Par contre, les analyses ne révèlent pas de liens entre la satisfaction et l'efficacité thérapeutique ni entre la satisfaction et la motivation autodéterminée.

Discussion

La discussion est divisée en quatre sections. La première rappelle les objectifs de l'étude, la seconde discute les résultats, la troisième présente les forces et les limites de l'étude et la quatrième section propose des pistes de recherches futures.

Rappel des objectifs de l'étude

Cette recherche avait pour objectif d'étudier l'efficacité de la thérapie de très courte durée et par la suite d'étudier les liens entre l'efficacité thérapeutique, la motivation définie selon la TAD et le soutien à l'autonomie, à la compétence et à l'affiliation. Par la même occasion, cette recherche vise à explorer l'application de la TAD au domaine de la psychothérapie.

Analyse des résultats en fonction des hypothèses de recherche

La présente section se veut une analyse et une discussion des résultats de cette étude en fonction de chacune des cinq hypothèses. Pour chacune des hypothèses, un bref rappel de l'hypothèse et des résultats obtenus sera d'abord fait. Par la suite, une comparaison entre la présente étude et des études antérieures permettra développer une meilleure compréhension des résultats. Enfin, des explications ou hypothèses explicatives seront proposées en lien avec les résultats obtenus.

Hypothèse 1

Il était attendu comme première hypothèse que la thérapie de courte durée soit efficace. Cette première hypothèse est confirmée. En effet, les résultats démontrent que la thérapie de courte durée est efficace, c'est-à-dire qu'il y a une amélioration significative, et ce tant sur le plan clinique que statistique, de l'état des participants entre le début et la fin de la thérapie. En effet, l'amélioration de l'état psychologique mesuré par la MI-30 s'est avérée significative au plan statistique : les scores moyens de la MI-30 obtenus à la dernière entrevue sont significativement plus bas que les scores moyens obtenus à la première entrevue. Une amélioration significative sur le plan clinique a aussi été identifiée à partir de la différence de moyennes des scores de la MI-30 entre la première et la dernière entrevue (10,68). En effet, d'après Lambert et al. (2005), un changement est considéré cliniquement significatif lorsque l'écart entre deux mesures de la MI-30 est supérieur à 10. Par contre, la majorité des participants (21 sur 22) présentaient un score à la MI-30 supérieur au seuil critique de 44, ce qui signifie qu'ils ne rencontrent pas le second indicateur d'amélioration clinique des participants (Lambert et al., 2005).

Ainsi, les résultats relatifs à l'hypothèse 1 viennent confirmer l'efficacité de la psychothérapie et, plus précisément, l'efficacité de suivis thérapeutiques brefs. Ces résultats confirmant l'efficacité de la thérapie seront discutés dans un premier temps de façon générale puis, dans un deuxième temps, de façon spécifique à la thérapie de courte durée. Par la suite, des hypothèses expliquant les résultats seront proposées.

La psychothérapie est efficace. La présente étude, en démontrant la présence d'un changement positif dans l'état psychologique des participants, vient conforter la conclusion que la psychothérapie peut être efficace, un constat validé depuis plus de 50 ans, à l'effet que l'état psychologique de la majorité des personnes qui consultent en psychothérapie s'améliore significativement plus que celui de groupes témoins (sans traitement psychologique) (p. ex., Shadish et al., 2000; Howard et al., 1986; Lambert & Ogles, 2004; Lecomte et al., 2004).

L'efficacité de la psychothérapie de courte durée. Dans la présente étude, il a été démontré que les participants de l'étude, engagés dans une thérapie de courte durée ont enregistré des changements positifs de leur état psychologique, suite au suivi thérapeutique. Il est raisonnable de penser que ce changement est attribuable à la thérapie même si l'absence de groupe contrôle ne permet pas de le démontrer avec certitude. En théorie, il est toujours possible de considérer que les changements observés seraient attribuables à d'autres variables non contrôlées. Plus de la moitié des participants se sont améliorés de façon notable en 6 séances et moins. D'après la définition généralement acceptée par la communauté scientifique, une thérapie de courte durée est considérée comme une thérapie dont le nombre de séances est limité à 25 séances et moins (Koss & Shiang, 1994). Dans la présente recherche, la thérapie a duré entre 5 et 6 séances en moyenne et la durée la plus longue a été de 16 sessions. On peut donc considérer que, compte tenu du peu de séances suivies par les participants, les

thérapies dans la présente recherche pourraient même être considérées comme des thérapies de très courte durée.

De plus, ces résultats obtenus sur les changements consécutifs à une thérapie de très courte durée vont dans le même sens que ceux d'Howard et al. (1986), précisant que la moitié des participants se sont améliorés de façon notable en 8 sessions, ou par Anderson et Lambert (2001), où la moitié des participants se sont améliorés en 11 à 16 séances. Ainsi, les résultats de la présente étude viennent confirmer les résultats de deux études antérieures qui soutiennent que peu de rencontres sont nécessaires pour entraîner un changement significatif à l'état psychologique de la personne qui consulte en thérapie.

Les résultats de la présente étude n'ont pas pris en compte l'approche du thérapeute ni catégorisé les participants. Les résultats vont ainsi dans le sens de Shadish et al. (2000) qui concluent que l'efficacité à court terme est notable, et cela, indépendamment de l'approche thérapeutique utilisée et de la clientèle. D'ailleurs, dans la réalité clinique, les thérapeutes utilisent de plus en plus des approches intégratives et offrent des services de consultation à une clientèle diversifiée. Aussi, la présente recherche n'a pas pris en considération le type de population traitée (plus ou moins gravement atteinte), le type de symptômes, le diagnostic, l'aspect aigu ou chronique du trouble, ainsi que la dimension caractérologique. D'après Ambresin et ses collègues (2009), la pente générale des courbes d'amélioration des patients est modulée par ces

variables, qui peuvent influencer le pronostic et la durée moyenne du traitement. On peut donc penser que l'amélioration rapide de l'état psychologique des participants pourrait être indépendante de l'approche du thérapeute et de la clientèle.

Dans la présente étude, les données sociodémographiques démontrent que la majorité des participants de l'étude sont en couple, ont un emploi à temps plein et ne prennent pas de médication, ce qui peut indiquer un bon niveau de fonctionnement. Même si le niveau de fonctionnement dans les différentes sphères de vie n'a pas été pris en considération de façon spécifique dans la présente étude, un parallèle peut être fait avec l'étude de Koss et Shiang (1994) qui a démontré que la thérapie de courte durée est efficace avec une clientèle spécifique, notamment les personnes qui présentent un bon niveau de fonctionnement dans plusieurs sphères de leur vie.

Rapidité de l'amélioration. L'état psychologique des participants de l'étude s'est amélioré lors de suivis très brefs, soit entre 5 et 6 séances en moyenne. Une amélioration rapide de l'état des participants dans les premières séances de thérapie a été démontrée dans quelques études, dont celle d'Howard et al. (1986). Ces chercheurs ont remarqué que les gains les plus importants sont obtenus à l'intérieur des premières sessions de traitement et que le «rendement» décroît avec l'augmentation du nombre de séances. Cela est également confirmé par Barkham et al. (1996) qui rapportent que les gains les plus significatifs sont obtenus durant les 10 premières séances de psychothérapie. Lambert et al. (2005) ajoutent que la probabilité d'amélioration, le rythme du

changement et son ampleur augmentent avec le niveau de détresse initial. Ainsi, plus le niveau de détresse est élevé au début de la thérapie, plus l'amélioration devrait être rapide dans les premières séances de thérapie. D'ailleurs, dans la présente étude, on peut considérer que le niveau moyen de détresse chez les participants était coté « sévère » au début de la thérapie, à partir des catégories proposées par Lambert et al. (2005). Ce niveau de sévérité initial a pu contribuer à la rapidité de l'amélioration notée dans l'état des participants. Les conclusions de Lambert et al. (2005), en lien avec la sévérité de la détresse, offrent une explication à l'amélioration significative de l'état des participants de l'étude en peu de temps.

Une seconde explication sur la rapidité de l'amélioration de l'état psychologique provient de Haas, Hill, Lambert et Morrell (2002). En effet, ces derniers se sont intéressés au rythme d'amélioration des participants dans les premières sessions de thérapie. Ils ont voulu savoir si les gains du patient obtenus en début de thérapie pouvaient prédire les améliorations du patient à la fin de la thérapie. Ils ont donc demandé à 147 étudiants qui débutaient une thérapie à la clinique universitaire d'évaluer leur niveau de détresse à chaque session. Ils ont observé que l'amélioration rapide de l'état des étudiants durant les 3 premières rencontres, indépendamment de leur diagnostic, prédit l'amélioration générale de leur état psychologique à la fin du traitement ainsi que le maintien des gains 6 mois et 2 ans après la fin de la thérapie. Il aurait pu être intéressant de mesurer dans la présente étude l'état psychologique des participants à la 2^{ème} et à la 3^{ème} séance afin d'évaluer plus finement la rapidité de leur

amélioration et ainsi pouvoir prédire le maintien des gains à plus long terme. D'après les conclusions de ces études, il est possible de penser que l'amélioration rapide de l'état des participants a contribué à rendre significatif l'écart entre leur état initial et leur état final.

Limites de l'amélioration de l'état psychologique. Les résultats de l'étude démontrent que les participants se sont améliorés de façon significative, mais pas suffisamment pour atteindre un niveau psychologique comparable à celui de la population générale, si l'on utilise le seuil clinique de 44 établi par Lambert et ses collègues (2005). Parmi les participants de la présente étude, un seul a obtenu un score inférieur à ce seuil clinique à la fin de la thérapie. Cela peut indiquer que malgré l'efficacité de la thérapie, la poursuite de cette dernière aurait vraisemblablement été nécessaire pour aider les personnes à atteindre un état psychologique considéré équivalent à celui de la population générale. Deux hypothèses pourraient expliquer l'écart entre les scores des participants à la fin de la thérapie et ceux de la population générale : l'hypothèse de la durée limitée de la thérapie et l'hypothèse d'une différence culturelle au niveau des seuils cliniques.

Durée limitée de la thérapie. La première hypothèse soutient que même si la thérapie de courte durée est efficace, elle n'est pas suffisamment longue pour permettre un traitement optimal, soit un retour à un état psychologique comparable à celui de la population générale. À ce sujet, Barkham et ses collègues (1996) ont fait une étude sur

l'efficacité thérapeutique en comparant 212 patients dépressifs répartis aléatoirement en deux groupes. Un groupe recevait 8 séances de psychothérapie et l'autre groupe bénéficiait de 16 séances. Les résultats démontrent que les patients qui bénéficient de 8 séances s'améliorent plus rapidement que les patients qui ont eu un suivi de 16 séances. Par contre, les patients du groupe de 16 séances continuent à s'améliorer au cours des 8 dernières séances, et dépassent les améliorations obtenues dans le groupe dont la durée de traitement est limitée à 8 séances. Ces chercheurs concluent qu'un traitement de durée plus courte permet une amélioration plus rapide, mais prive les patients d'améliorations de leur état de santé qui surviennent avec un traitement plus long. Dans la présente étude, la plupart des participants ont été recrutés à l'intérieur d'un programme d'aide aux employés qui fonctionne avec un nombre maximal de séances (6 séances était le nombre maximal). Cela peut expliquer en partie pourquoi la majorité des participants ont cessé après 5-6 rencontres et aussi pourquoi, à la fin de la thérapie, un écart persistait entre l'état psychologique des participants et celui de la population générale.

Aussi, Lambert (2007) a rassemblé les données de 6 000 patients recueillies à partir de 5 études faites auprès de différents échantillons de patients (p. ex., centre de santé mentale communautaire et programme d'aide aux employés) où la MI-45 était remplie à chaque session. Ils ont mesuré le changement cliniquement significatif à partir des deux scores cliniques établis pour la MI, soit un écart de plus de 14 points ou l'atteinte du seuil critique pour être comparable à l'état psychologique de la population

générale. D'après les résultats de ces données, 50 % de ces patients atteignaient ces deux critères entre la 11^e et la 21^e session et 75 % de ces patients entre la 25^e à la 45^e session. Ces résultats permettent de penser que les participants de la présente étude auraient pu atteindre un état similaire à celui de la population générale s'ils avaient poursuivi leur thérapie plus longtemps.

Différence culturelle au niveau des seuils cliniques. La seconde hypothèse qui pourrait expliquer pourquoi la majorité des participants de l'étude obtiennent à la fin de leur thérapie un score plus élevé que la population générale est que le seuil clinique pour la population franco-qubécoise serait possiblement différent de celui de la population américaine, c'est-à-dire différent de 44. D'après les catégories de sévérité de la détresse établies pour la MI-30 (Lambert et al., 2005), la moyenne des scores des participants de la présente étude indiquait une détresse sévère en début de thérapie et une détresse modérée à la fin du suivi. Cela indique que la majorité des participants laissaient voir, à la fin de leur thérapie, un niveau de détresse supérieur à celui établie pour la population générale américaine. À ce jour, aucun tableau normatif spécifique aux populations franco-qubécoises, franco-canadiennes ni canadiennes, n'est disponible pour la MI. Par contre, des études de validation de la OQ-45 (version américaine originale de la MI) auprès de populations européennes ont révélé que les propriétés psychométriques de l'instrument traduit sont similaires à la version américaine originale, mais que les normes et les seuils critiques pour évaluer les changements cliniques diffèrent (Chiappelli, Lo Coco, Gullo, Bensi, & Prestano, 2008; Jong et al., 2007). Par exemple, le

seuil critique de l'OQ-45 pour la population américaine est de 63 comparativement à 55 pour les néerlandais (Jong et al., 2007). En somme, les résultats de la présente étude suggèrent qu'il serait important d'établir des normes pour les populations franco-québécoises, franco-canadiennes et canadiennes afin d'avoir des balises appropriées.

Hypothèse 2

Élaborée à partir d'une recension d'écrits, la deuxième hypothèse soutenait la présence d'un lien positif entre la motivation autodéterminée et l'efficacité thérapeutique, estimée à partir d'une amélioration de l'état psychologique, auprès d'une population non-psychiatrique engagée dans une thérapie de courte durée. Plus précisément, cette hypothèse stipulait que plus la motivation du client face à la thérapie serait autodéterminée, plus l'efficacité thérapeutique serait grande. Cette hypothèse n'est pas confirmée.

Pour tenter de mieux comprendre les résultats relatifs à l'hypothèse 2, un bref rappel des études antérieures sur lesquelles l'hypothèse 2 prenait appui sera présenté. On y retrouvera d'abord les résultats d'études recensées dans les domaines du sport, de l'éducation et de la santé physique. Par la suite, les résultats de la présente étude seront comparés à ceux de trois études antérieures faites dans le domaine de la psychothérapie. Finalement, des hypothèses seront proposées pour expliquer les résultats obtenus.

Motivation dans différents domaines. Des études effectuées entre autres dans les domaines de l'éducation, du sport et de la santé physique ont démontré que la motivation autodéterminée est associée à des indices positifs tels que l'adhérence au traitement, le maintien du changement à long terme et le bien-être (p. ex., Ryan et al., 1995; Vallerand, 1997). La motivation autodéterminée est également associée à des indices positifs de santé mentale. Par exemple, les individus qui ont une motivation plus autodéterminée rapportent une santé mentale meilleure que ceux qui ont une motivation moins autodéterminée (Ratelle et al., 2004) et ont tendance à utiliser des stratégies d'adaptation plus matures (Knee et al., 2002). En somme, des liens entre la motivation autodéterminée et des résultats positifs, en termes de changement, de santé et de bien-être, dans des domaines autres que la psychothérapie ont été identifiés. C'est d'ailleurs à partir de ces résultats qu'a été extrapolée la présence de liens similaires entre la motivation et les résultats de la psychothérapie. Toutefois, l'absence de lien significatif, telle que le laissent voir les résultats, pourrait indiquer que cette extrapolation n'était pas justifiée et que le lien entre la motivation à être en thérapie et l'efficacité de cette dernière est différent de celui retrouvé dans d'autres domaines.

Motivation en psychothérapie. L'hypothèse d'un lien positif entre la motivation autodéterminée et l'efficacité thérapeutique prenait aussi appui sur les résultats de quelques études en psychothérapie. Seules trois études ont mis en relation des mesures de variables associables aux résultats de la psychothérapie.

L'étude de Pelletier, Tuson et Haddad (1997) a révélé entre autres que plus la motivation des individus est autodéterminée face à la thérapie, plus les participants sont satisfaits face à leur thérapie, plus leur intention de poursuivre la thérapie est grande, plus leur estime de soi est élevée et moins ils ont de symptômes dépressifs. Les résultats de Michalak et al. (2004) indiquent que les patients qui ont une motivation plus intrinsèque envers l'atteinte de buts personnels ont des symptômes psychologiques moins sévères et évaluent leur session de thérapie plus positivement. Quant à l'étude de Zuroff et al. (2007), elle présente la motivation autodéterminée comme un meilleur prédicteur des résultats du traitement que l'alliance thérapeutique. En prenant appui sur les résultats de ces trois études, nous avons adopté comme hypothèse que la motivation autodéterminée serait reliée à l'efficacité thérapeutique. Toutefois, les résultats de la présente étude n'ont pas permis de confirmer cette hypothèse. Les prochains paragraphes proposent des explications à ces résultats. Plus spécifiquement, les résultats obtenus seront comparés à ceux des trois études précitées.

Étude de Pelletier, Tuson et Haddad (1997). L'étude de Pelletier et al. (1997) a identifié la présence d'une corrélation positive significative entre la motivation autodéterminée et des variables qui pourraient être considérées comme des indicateurs de succès de la psychothérapie. Il y a donc un écart entre ces résultats et ceux de la présente étude. Toutefois, une comparaison des deux études permet d'identifier des facteurs ayant pu contribuer à cet écart. Tout d'abord, l'étude de Pelletier et al. (1997) a été réalisée dans l'optique de construire et valider l'EMCT. Dans cette étude, 138

participants ont répondu aux questionnaires dans trois cliniques externes et deux cliniques universitaires. La présente étude a quant à elle obtenu les réponses de 22 participants sollicités dans un programme d'aide aux employés, en clinique privée et dans une clinique universitaire. Cela indique à la fois une différence dans la taille de l'échantillon des deux études ainsi que des milieux dans lesquels étaient sollicités les participants. D'ailleurs, l'échantillon de l'étude de Pelletier et al. (1997) était composé de 83 femmes âgées en moyenne de 24,8 ans et 55 hommes âgés en moyenne de 28,3 ans. Dans la présente étude, les participants étaient plus âgés ($M = 42,7$). Dans l'étude de Pelletier et al. (1997), le critère d'exclusion était la prise de médication en lien avec l'état psychologique, ce que la présente étude n'avait pas. Toutefois, la différence la plus importante est que l'étude de Pelletier et al. (1997) est une étude transversale alors que la présente étude est longitudinale. Cela indique que dans l'étude de Pelletier et al. (1997), les mesures des symptômes psychologiques, de la motivation autodéterminée et d'autres mesures ont été prises une seule fois, au même moment. Il n'y a donc pas eu de mesure pré-post de l'état psychologique du participant, ni standardisation du moment de mesure des variables. En somme, l'étude de Pelletier et al. (1997) n'a pas vraiment étudié le lien entre l'efficacité thérapeutique et la motivation autodéterminée comme l'a fait la présente étude, mais a permis d'identifier un lien entre l'état de santé mentale d'un individu et la motivation autodéterminée comme une photo à un temps donné plutôt que comme un lien entre les variables calculées à différents temps de la thérapie. Le type d'étude et la méthodologie dans l'étude de Pelletier et al. (1997) sont différents de ceux

de la présente étude, ce qui pourrait expliquer l'écart entre les résultats de ces deux études.

Étude de Michalak, Klappheck et Kosfelder (2004). L'étude de Michalak et al. (2004) a permis de découvrir que dans un échantillon de patients en clinique externe, ceux qui étaient plus optimistes quant à l'atteinte de buts personnels et qui avaient une motivation plus intrinsèque (ou plus autodéterminée) envers ces buts avaient des symptômes psychologiques significativement moins sévères et évaluaient leur session de thérapie significativement plus positivement. On peut penser que ces résultats ne vont pas dans le même sens que ceux obtenus dans la présente étude. Toutefois, certaines différences méthodologiques pourraient expliquer les différences de résultats. D'abord, l'étude de Michalak et al. (2004) n'étudie pas les mêmes variables que la présente étude : la première cible la motivation à poursuivre des buts personnels alors que la seconde étudie la motivation à être en thérapie. De plus, les deux études n'ont pas le même schème de recherche : Michalak et ses collègues (2004) étudient deux groupes à deux temps différents du processus thérapeutique. Le premier groupe est composé de 31 patients qui sont questionnés avant le début de leur thérapie et l'autre groupe est composé de 41 patients qui sont interrogés au milieu de leur thérapie (entre la 7^e et la 15^e session). La présente étude est de type longitudinal et a recours à un seul groupe de 22 participants. Ces différences importantes pourraient expliquer pourquoi ces deux études n'arrivent pas aux mêmes résultats.

Étude de Zuroff, Koestner, Moskowitz, McBride, Marshall et Bagby (2007). Les résultats obtenus dans la présente étude ne vont pas dans le même sens que ceux de l'étude de Zuroff et al. (2007). En effet, cette dernière présentait la motivation autonome (ou autodéterminée) comme un prédicteur plus fort des résultats du traitement que l'alliance thérapeutique, prédisant une plus grande probabilité à diminuer la sévérité des symptômes dépressifs post-traitement. Les auteurs de cette étude ont aussi conclu que la motivation autodéterminée devrait être considérée comme un facteur commun de l'efficacité des thérapies brèves. Plusieurs différences méthodologiques entre l'étude de Zuroff et al. (2007) et la présente étude pourraient expliquer les écarts de résultats. Tout d'abord, l'étude de Zuroff et al (2007) a ciblé une population de personnes ayant des symptômes dépressifs comparativement à la présente étude qui n'a pas tenu compte du diagnostic des participants. De plus, l'étude de Zuroff et al. (2007) a été réalisée en laboratoire, dans des conditions expérimentales contrôlées, ce qui est différent du milieu clinique de la présente étude. Ensuite, les questionnaires utilisées pour mesurer la motivation autodéterminée et l'efficacité thérapeutique sont différents. En effet, Zuroff et ses collègues ont utilisé *The Autonomous and Controlled Motivations for Treatment Questionnaire*, le *Hamilton Rating Scale for Depression* et le BDI-II. La présente étude à quant à elle utilisé le EMCT et la MI-30. Aussi, les mesures ont été prises pré-post traitement dans l'étude de Zuroff et al. (2007) comparativement à la mesure de l'EMCT qui a été prise à la première et à la troisième rencontre. Une différence est également notée au niveau de la durée de la thérapie. En effet, le nombre moyen de séances complétées ($n = 16$) dans l'étude de Zuroff et al. (2007) est nettement supérieur à celui

de la présente étude ($n = 6$). Ainsi, la thérapie dans l'étude de Zuroff et al. (2007) a duré plus longtemps que la thérapie dans la présente étude et la motivation a été mesurée à la fin de la thérapie plutôt qu'à la troisième entrevue. Ces deux différences ont pu contribuer à l'écart entre les résultats obtenus. Étant donné les différences méthodologiques notées, d'autres études sur le sujet devront être faites afin d'éclaircir le lien possible entre la motivation autodéterminée et l'efficacité thérapeutique, en tenant compte de la durée de la thérapie et des temps de mesure des variables associées à l'efficacité de la thérapie.

Hypothèses explicatives. Il était attendu qu'il y ait une corrélation positive entre la motivation autodéterminée et l'efficacité thérapeutique. Cela n'a pas été confirmé dans la présente étude. Suite à l'analyse des différences entre la présente étude et les recherches antérieures, il est possible de formuler trois hypothèses pouvant expliquer les résultats obtenus : la première est que la motivation en thérapie est différente de la motivation pour d'autres activités; la seconde est que la motivation est dynamique à l'intérieur du processus thérapeutique et la troisième stipule que la motivation peut être considérée comme un symptôme.

Motivation en thérapie versus motivation pour d'autres activités. Une première explication des résultats obtenus est que, contrairement à ce qui avait été extrapolé, ce qui motive les personnes à venir en thérapie serait différent de la motivation qui pousse les personnes à étudier ou participer à un sport, et même à adopter des comportements

de santé. En effet, les clients qui arrivent en thérapie veulent arrêter de souffrir (Carter, 2011). C'est là leur motivation première. Par la suite, lorsqu'ils ont clarifié ce qu'ils veulent changer pour diminuer leur souffrance, la motivation face à ces changements devrait mieux s'articuler (Carter, 2011). Ainsi, comme la motivation à ne plus souffrir est différente de la motivation à être en thérapie, la variable mesurée, il n'est pas étonnant de ne pas observer les résultats attendus. Toutefois, si comme Carter (2011) l'a souligné, la motivation face à la thérapie changera après quelques rencontres, les résultats pourraient être tout autres si la motivation change. L'une des analyses complémentaires de la présente étude appuie d'ailleurs cet argument en révélant que la motivation globale tend à être plus autodéterminée en thérapie avec le temps. Ce résultat sera élaboré plus loin dans la section des analyses complémentaires.

Dynamique de la motivation à l'intérieur du processus thérapeutique. Une seconde explication en lien avec les résultats obtenus est que la motivation change avec le temps au cours du processus thérapeutique. La TAD stipule que lorsque les individus s'engagent de façon plus intrinsèque dans le processus thérapeutique, ils ont tendance à intégrer davantage les apprentissages et les comportements nécessaires au changement (Ryan & Deci, 2008). Ces auteurs croient que les personnes qui vivent le processus thérapeutique ou le processus de changement pour des raisons extrinsèques seront confrontées à des expériences conflictuelles et un état d'ambivalence durant le processus de changement, ce qui rendrait le changement incertain. Le seul moyen d'assurer le succès à long terme dans ce cas, c'est que les personnes internalisent la responsabilité du

processus de changement (Ryan & Deci, 2008). Cette explication pourrait être appuyée par un résultat d'une analyse complémentaire de la présente étude qui indique que plus le sujet reste longtemps en thérapie, plus la motivation globale tend à être autodéterminée. Cela est également congruent avec les résultats de l'étude de Zuroff et al. (2007). En effet, cette étude avait mesuré la motivation autodéterminée à la fin de la thérapie qui avait duré pour la majorité des participants 16 sessions, durée qui est plus de deux fois plus longue que la durée moyenne de la thérapie des participants de la présente étude. D'ailleurs, d'après les conclusions de Slovinec D'Angelo, Reid et Pelletier (2007), la motivation jouerait un rôle plus important non pas dans l'instauration d'un changement, mais dans le maintien du changement souhaité dans le temps. De futures recherches sur le sujet permettraient d'éclaircir la dynamique de la motivation autodéterminée au cours du processus thérapeutique ainsi que de l'impact de la durée de la thérapie sur la motivation autodéterminée. Donc une deuxième hypothèse explicative de l'absence de lien entre la motivation autodéterminée et l'efficacité thérapeutique est que la motivation serait moins reliée au changement en début de processus thérapeutique, mais jouerait possiblement un rôle plus important plus tard dans le processus.

Motivation : un symptôme? Une troisième explication de l'absence de lien significatif observée est qu'un faible niveau de motivation autodéterminée peut être un symptôme de la psychopathologie de l'individu qui consulte. Par exemple, un des symptômes fréquents de l'épisode de dépression majeure est le manque d'intérêt général

(DSM-IV, 1996). D'après ce raisonnement, au fur et à mesure que l'état psychologique de la personne s'améliore, la motivation autodéterminée pourrait également augmenter. D'ailleurs, cette explication est soutenue par un résultat de la présente étude, obtenu lors d'analyses complémentaires qui a révélé que la motivation globale tend à être plus autodéterminée en thérapie avec le temps. Il est ainsi possible de penser qu'un lien significatif entre la motivation autodéterminée et l'efficacité thérapeutique aurait pu être observé si la thérapie avait duré plus longtemps. D'ailleurs, d'après les résultats de cette étude, on ne peut pas conclure qu'il n'y a pas une relation entre la motivation autodéterminée et l'efficacité d'une thérapie de plus longue durée ni exclure qu'il puisse y en avoir une si la motivation avait été mesurée à d'autres moments.

Hypothèse 3

L'hypothèse 3 stipulait que plus le client percevait les comportements du psychothérapeute comme soutenant son besoin d'autonomie, plus sa motivation à être en thérapie serait autodéterminée. Cette hypothèse était basée sur des recherches dans le domaine du sport, de l'éducation, de la santé physique et mentale ainsi que quelques recherches en psychothérapie qui concluaient que le soutien à l'autonomie était relié positivement à la motivation autodéterminée. Contrairement à ce qui était attendu, les résultats de la présente étude ne confirment pas la présence de lien significatif entre le soutien à l'autonomie et la motivation autodéterminée.

Afin de mieux comprendre les résultats obtenus, quelques études établissant un lien entre le soutien à l'autonomie et la motivation autodéterminée seront d'abord rappelées. Par la suite, trois hypothèses seront élaborées pour mieux expliquer les résultats obtenus.

Bref rappel des études effectuées dans divers domaines. Le soutien à l'autonomie est le type de soutien le plus étudié parmi les trois types de soutien du modèle de la TAD. Le lien entre le soutien à l'autonomie et la motivation autodéterminée a été maintes fois confirmé, à l'effet qu'un environnement soutenant l'autonomie d'une personne favorise une motivation autodéterminée chez cette dernière. Par exemple, le soutien à l'autonomie de la part du professeur ou d'un entraîneur s'est avéré être relié à une motivation autodéterminée chez des étudiants face à leurs études ou un sport (Gillet et al., 2010; Lavigne et al., 2007; Pelletier et al., 2001). Dans le domaine de la santé, le soutien à l'autonomie a aussi été relié à la motivation autodéterminée dans un contexte d'adhérence à la médication (Williams, Rodin et al., 1998), dans un contexte de cessation tabagique (Williams et al. 2006), dans le maintien d'un programme d'exercices chez des personnes qui s'entraînent (Edmunds et al., 2006) et dans le maintien d'un programme d'exercices chez des personnes participant à un programme de réadaptation cardiaque (Russell & Bray, 2010).

Bref rappel des études effectuées en psychothérapie. L'article de Ryan et al. (2011) présente la réflexion des auteurs à l'effet que selon eux, le soutien à l'autonomie

serait central dans la psychothérapie, le processus d'intégration et le maintien du changement. En effet, les tenants de la TAD stipulent que les individus qui s'engagent de façon autonome dans le processus thérapeutique ont une motivation plus autodéterminée face à la thérapie et intégreront davantage les outils thérapeutiques favorisant le changement souhaité (Ryan & Deci, 2008). En soutenant l'autonomie de son client face à la thérapie, le psychothérapeute favoriserait donc l'intégration d'une motivation plus autodéterminée.

La relation entre le soutien à l'autonomie et la motivation autodéterminée a été confirmée à quelques reprises en psychothérapie. Parmi les plus citées, l'étude de Zuroff et ses collègues (2007) a démontré que les participants dépressifs qui ont perçu leur thérapeute comme soutenant davantage leur autonomie ont rapporté une motivation autodéterminée significativement plus grande. Aussi, dans l'étude de Pelletier et al. (1997), une corrélation positive a été obtenue entre la perception des participants d'un soutien à leur autonomie de la part du thérapeute et leur motivation autodéterminée à être en thérapie.

Hypothèses explicatives. Les paragraphes qui suivent proposent des explications au fait que les résultats n'ont pas permis de confirmer le lien attendu. En effet, bien que les participants aient perçu que leur thérapeute soutenait leur autonomie (score moyen de 22,3/28). Ce soutien à l'autonomie de la part du thérapeute ne s'est pas avéré être significativement relié à la motivation autodéterminée.

Quatre hypothèses sont proposées pour expliquer l'absence de lien observée : une première explication est que l'attitude de soutien du thérapeute diffère de celle des autres professionnels; une seconde explication est qu'il est possible que le soutien à l'autonomie ait une influence plus grande à d'autres étapes de la psychothérapie, comme le maintien d'un changement plutôt qu'au niveau de la motivation; une troisième explication touche des éléments reliés aux analyses statistiques; et une quatrième cible les limites de l'instrument utilisé pour mesurer le soutien aux trois besoins de base selon la TAD.

Différence dans les attitudes de divers professionnels. Le rôle du médecin, du professeur ou de l'entraîneur n'implique pas nécessairement d'adopter les mêmes attitudes (ou savoir-être) que celles associées à la profession de psychothérapeute. En effet, de façon générale, le psychothérapeute est formé pour adopter une attitude conforme à la définition du soutien à l'autonomie, soit offrir au client des choix face à la thérapie, être ouvert et reconnaître la perspective et les sentiments de l'autre, encourager les initiatives et finalement lui transmettre un rationnel lorsqu'un choix ne peut pas lui être donné. Ainsi, le fait que l'attitude de base du psychothérapeute impliquerait de soutenir l'autonomie du client pourrait expliquer en partie le score élevé attribué au soutien à l'autonomie de la part des thérapeutes par les participants de la présente étude (score moyen : 22,3/28) et la faible variance associée à cette variable. On peut penser que chez d'autres professionnels, la nécessité de déployer de façon aussi importante cette attitude n'est pas essentielle dans l'exercice de leurs fonctions, par exemple dans la

relation médecin-patient ou professeur-élève. Ainsi, le fait que l'attitude du soutien à l'autonomie soit étroitement associée au travail du psychothérapeute de par sa formation diminuerait la possibilité de saisir l'impact de cette variable sur la motivation du client face à la thérapie.

Rôle de l'autonomie dans le maintien d'un comportement. Une deuxième hypothèse découle d'une réflexion faite par Edmunds et al. (2007) après avoir découvert que l'autonomie et la compétence n'étaient pas liées de façon significative à l'initiation d'un comportement de santé. À la lumière de leurs résultats, les auteurs ont avancé l'hypothèse que le soutien à l'autonomie pourrait avoir un rôle plus important dans le maintien du comportement que dans l'initiation de ce dernier. Cela pourrait donc contribuer à expliquer pourquoi il n'y a pas de relation entre le soutien à l'autonomie et la motivation en début de thérapie. Il serait intéressant, dans une recherche future, de mesurer le soutien et le changement à différents moments de la thérapie afin de vérifier l'hypothèse d'Edmunds et ses collègues.

Limites associées à la distribution des scores. Enfin, nous ne pouvons soutenir la présence ou l'absence de liens ni exclure la présence de liens indirects entre le soutien à l'autonomie et la motivation autodéterminée en raison de la distribution des données qui ne répond pas aux postulats de normalité. En effet, la distribution des scores s'apparente plutôt à un aplatissement leptocurtique. Cette forme de distribution indique qu'il n'y a pas suffisamment de variabilité à l'intérieur de la variable du soutien à l'autonomie pour

laisser facilement apparaître des corrélations significatives. Des calculs de transformations des données pour corriger la distribution leptocurtique n'ont pas réussi à générer des résultats plus significatifs. Une plus grande taille de l'échantillon aurait peut-être permis d'augmenter la variabilité des données pour ainsi se rapprocher d'une courbe normale et augmenter la possibilité d'obtenir des résultats plus concluants.

Limites de l'ECI. Le fait que la distribution des scores pour la variable de soutien à l'autonomie présente une distribution leptocurtique, comme évoqué ci-haut, pourrait expliquer l'absence de confirmation de l'hypothèse. Toutefois, il y a lieu de se questionner sur ce qui peut être à l'origine de cette distribution inhabituelle. Comme, les trois mesures générées par l'ECI ont laissé voir de telles distributions leptocurtiques, il y a lieu de se questionner sur la validité de construit de cet instrument en contexte thérapeutique, notamment sur sa sensibilité à repérer des différences dans le soutien offert par le thérapeute durant la psychothérapie. En effet, l'ECI est un instrument initialement construit pour être utilisé auprès de différentes populations dans lesquelles la TAD a été validée à de nombreuses reprises, soit auprès d'élèves ou d'athlètes. Cependant, cet instrument de mesure n'a pas été spécifiquement construit pour être utilisé dans un contexte de psychothérapie. L'ECI n'est d'ailleurs pas validée auprès de cette population. Comme il ne semblait pas exister d'instrument adapté au contexte de la psychothérapie, l'ECI a été retenue pour évaluer le soutien de la part du thérapeute aux besoins du client. Il est possible que l'ECI ne convienne pas à ce contexte de la psychothérapie et que l'absence de lien observée soit reliée à cela. Il serait souhaitable

de travailler au développement d'un tel instrument de mesure du soutien interpersonnel aux trois besoins dans ce cadre particulier.

Hypothèse 4

L'hypothèse 4 soutenait que plus le client percevait les comportements du psychothérapeute comme soutenant son besoin de compétence, plus la motivation du client face à la thérapie serait autodéterminée. L'hypothèse 4 a été formulée à partir de résultats obtenus dans des études faites dans divers domaines qui mettaient en évidence, d'une part, une corrélation positive entre le soutien à l'autonomie et la perception de compétence et, d'autre part, entre la perception de compétence et la motivation autodéterminée ainsi qu'entre le soutien à la compétence et la perception de compétence. La recension des écrits a permis de constater qu'aucune étude n'a porté formellement sur le lien entre le soutien à la compétence et la motivation autodéterminée face à la thérapie. En effet, l'hypothèse 4 était le produit d'une extrapolation prenant appui sur le raisonnement suivant : puisque le soutien à la compétence favorise la perception de compétence et que la perception de compétence est en lien avec une motivation autodéterminée, le soutien à la compétence et la motivation autodéterminée pourraient vraisemblablement être reliés. D'après les résultats obtenus, le lien direct entre la motivation autodéterminée et le soutien à la compétence n'est pas significatif.

Pour mieux comprendre ce résultat, un bref rappel des études qui ont mené à l'élaboration de l'hypothèse 4 sera d'abord présenté. Par la suite, quatre hypothèses seront élaborées pour tenter de mieux comprendre les résultats obtenus.

Soutien à la compétence et motivation autodéterminée. Comme il a été mentionné dans le contexte théorique, aucune étude recensée dans le domaine de la psychothérapie n'a établi de lien entre le soutien à la compétence et la motivation autodéterminée. De plus, une seule étude recensée a utilisé la même définition du soutien à la compétence que la présente étude et a mis en évidence un lien positif entre le soutien à la compétence de la part de la famille et du médecin et la motivation autodéterminée dans l'adoption de comportements de santé chez des patients coronariens (Wilshire, 2013). Quelques études se sont penchées sur la question du lien entre la compétence et la motivation autodéterminée dans divers domaines. Un examen approfondi de ces études a laissé voir une confusion dans la définition du concept de soutien à la compétence. En effet, fréquemment, le concept de soutien à la compétence est inclus dans celui du soutien à l'autonomie (Halvari et al., 2009; Williams et al., 1996; Guay et al., 2001). Ainsi, les résultats de ces études associent souvent le soutien à ces deux besoins dans leur lien à la motivation autodéterminée. Toutefois, dans la présente recherche, le soutien interpersonnel aux trois besoins ont été étudiés séparément afin de clarifier les liens entre chacun et la motivation autodéterminée.

Hypothèses explicatives. Dans les parties qui suivent, quatre hypothèses sont élaborées afin d'expliquer les résultats obtenus. Tout d'abord, l'inférence du lien entre le soutien à la compétence et la motivation autodéterminée est remise en question, puis une hypothèse relative aux particularités de la motivation en contexte thérapeutique est présentée, ensuite les limites associées à la distribution des données ainsi que les limites de l'instrument utilisé pour mesurer le soutien à la compétence sont abordées.

Pertinence de l'inférence d'un lien direct entre les variables. Rappelons que, dans la présente étude, l'hypothèse était le produit d'une extrapolation, précédemment expliquée, à l'effet que le soutien à la compétence serait directement associé à la motivation autodéterminée. Les résultats obtenus ne confirmant pas la présence d'un lien significatif, pourraient indiquer que cette inférence d'un lien direct n'est pas appropriée.

On pourrait alors penser à l'existence de liens plus complexes dans un contexte thérapeutique. Par exemple, il est possible qu'une relation indirecte existe entre ces deux variables et que la perception de compétence soit une variable médiatrice entre ces dernières. En effet, même si le thérapeute soutient la compétence de son client, cela ne veut pas nécessairement dire que ce dernier se sente rapidement plus compétent. Et c'est peut-être lorsque le client se sentira plus compétent qu'il sera plus motivé de façon autodéterminée. L'étude de Gagné, Ryan et Bargmann (2003) vient d'ailleurs soutenir cette hypothèse dans le domaine sportif. En effet, ces chercheurs ont identifié que la

satisfaction des trois besoins avait un rôle médiateur entre les comportements de l'entraîneur et la motivation des gymnastes.

Toujours dans l'idée que l'inférence d'un lien direct ne serait pas adéquate, une autre explication possible est que le sentiment de compétence et la motivation autodéterminée seraient deux concepts qui agiraient à deux moments distincts dans le processus de changement de comportements. Deux études se sont penchées sur cette hypothèse et sont arrivées à des résultats différents. En effet, selon les résultats de l'étude de Slovinec D'Angelo, Reid et Pelletier (2007), le sentiment de compétence serait relié davantage à l'intention d'adopter des comportements de santé et la motivation serait reliée à la planification des comportements de santé. Des études supplémentaires seront nécessaires afin d'éclaircir les relations entre ces variables. La deuxième étude qui a exploré le rôle de la compétence et de la motivation dans la thérapie est celle d'Edmunds et al. (2007). En effet, comme il a déjà été mentionné précédemment, Edmunds et al. (2007) présentent l'hypothèse que le besoin de compétence pourrait jouer un rôle plus important non pas dans l'initiation d'un comportement, mais dans le maintien du même comportement. Cela pourrait expliquer pourquoi il n'y a pas eu de relation significative entre le soutien à la compétence et la motivation autodéterminée dans les premières séances de la thérapie, qui réfèrent généralement à la période d'initiation d'un changement en thérapie. D'autres recherches sont nécessaires pour faire la lumière sur ces hypothèses.

Enfin, il est possible que l'inférence du lien entre le soutien à la compétence et la motivation autodéterminée soit pertinente dans des domaines, comme celui de l'éducation, du sport ou de la santé physique, mais pas dans le domaine de la thérapie où le lien serait plus complexe. En effet, dans le domaine clinique, on peut penser qu'un client qui débute un processus thérapeutique vient généralement chercher de l'aide parce qu'il se sent incompetent à régler son problème seul. Aussi, il est logique de penser que le développement d'un sentiment de compétence demande peut-être davantage de temps en thérapie, malgré la présence de soutien à la compétence de la part du thérapeute, lorsque la personne ne se sent pas en contrôle de sa situation et ne sent pas qu'elle dispose des capacités mentales et fonctionnelles requises, comme c'est souvent le cas chez des personnes qui présentent des symptômes anxio-dépressifs transitoires. À l'opposé, dans le domaine du sport, on peut penser que la personne peut se sentir déjà compétente, ce qui peut accroître l'impact du soutien à la compétence de la part de son entraîneur. Le contexte pourrait aussi jouer un rôle déterminant en ce qui a trait à la motivation. En effet, il est possible que la motivation dans d'autres contextes soit différente de la motivation à être en thérapie.

Motivation en contexte thérapeutique. Une deuxième explication à l'absence de résultats significatifs entre le soutien à la compétence et la motivation à être en thérapie est qu'il est possible que le type de motivation mesuré dans la présente étude ne soit pas celui sur lequel le soutien à la compétence a le plus d'impact en thérapie. En effet, il existe d'autres types de motivation pertinents en contexte thérapeutique, notamment la

motivation à cesser de souffrir ou la motivation à changer (Prochaska & DiClemente, 1983). D'ailleurs, il est possible de penser que la présence d'un type de motivation est indépendante de la présence d'un autre. Par exemple, une personne peut être motivée à être en thérapie, mais n'est pas prête à envisager le changement dans les premières rencontres. Il s'agit donc de se questionner à savoir si le soutien à la compétence aurait une influence sur la motivation à changer ou sur un autre type de motivation et lequel de ces types de motivation a le plus de pertinence dans un contexte thérapeutique. Seules d'autres études pourront permettre de mieux comprendre l'impact du soutien à la compétence sur les différents types de motivation présents en contexte thérapeutique.

Limite de la distribution des données. L'absence de lien entre le soutien à la compétence de la part du thérapeute et la motivation autodéterminée à être en thérapie peut aussi être expliquée par la distribution particulière des scores de la variable « soutien à la compétence », qui présente une moyenne de 26,9/28 et un écart type de 2. Ces scores sont très élevés, près des cotes maximales, et la variance est très faible. En effet, la grande majorité des participants ont perçu leur thérapeute comme leur offrant un soutien à la compétence très élevé. Cela a donné lieu à une distribution asymétrique négative avec courbe leptocurtique. Les tentatives de transformation de données n'ont pu corriger la distribution. Ces scores élevés peuvent être attribuables aux pratiques habituelles de certains types de thérapies, comme celles découlant de la thérapie brève et de l'approche cognitivo-comportementale, qui requièrent entre autres d'encourager une collaboration élevée avec le client, de fournir de l'information pertinente au client, de lui

donner des feedbacks constructifs, de faire des reflets positifs et de l'*empowerment*. Ainsi, le peu de variabilité dans les scores de la variable « soutien à la compétence » rend fort improbable la possibilité d'obtenir des coefficients de corrélation significatifs. Il faut aussi ajouter le fait que la taille réduite de l'échantillon contribue aussi à diminuer les possibilités d'obtenir des résultats significatifs.

Limites de l'ECI. Une autre explication des résultats obtenus touche les limites de l'instrument utilisé, c'est-à-dire l'ECI. Comme il a été évoqué dans la discussion de l'hypothèse précédente, il y a lieu de se questionner sur la validité de l'ECI en contexte thérapeutique. L'absence de résultats significatifs pourrait dès lors être attribuable aux limites de l'instrument utilisé.

Plus spécifiquement en ce qui a trait au soutien à la compétence, une limite additionnelle évidente de l'ECI est qu'elle ne considère pas directement le soutien à la compétence, mais plutôt le soutien à l'incompétence. En effet, Pelletier et al. (manuscrit en préparation) ont construit l'ECI en élaborant quatre items décrivant le soutien à l'incompétence. Ces items étaient : « Le feedback que je reçois de mon/ma thérapeute me fait sentir incertain/e de mes capacités. », « Le feedback que je reçois de mon/ma thérapeute représente des critiques inutiles. », « Mon/ma thérapeute me parle uniquement de mes erreurs. », « Mon/ma thérapeute m'envoie le message que je ne suis pas à la hauteur ». Ces items décrivant le soutien à l'incompétence seraient davantage appropriés dans un contexte sportif ou éducatif, mais ne le sont pas dans un contexte

thérapeutique. En effet, ces items décrivant le soutien à l'incompétence ne semblent pas adaptés à la réalité clinique et peu appropriés en contexte thérapeutique, comme le démontrent d'ailleurs les scores très élevés relatifs au soutien à la compétence obtenus dans la présente étude. En effet, il serait contre-thérapeutique et non-éthique pour un thérapeute d'agir comme le décrivent les formulations de ce questionnaire. D'ailleurs, dans la présente étude, le score du soutien à l'incompétence a été inversé pour obtenir le score du soutien à la compétence.

Hypothèse 5

L'hypothèse 5 stipulait que plus le client percevait les comportements du psychothérapeute comme soutenant son besoin d'affiliation à autrui, plus la motivation du client face à la thérapie serait autodéterminée. Cette hypothèse avait été élaborée à partir de résultats d'études sur le sujet et d'écrits de théoriciens de la TAD. De façon générale, les scores des participants sur la variable « soutien à l'affiliation de la part de leur thérapeute » sont élevés, avec une moyenne de 23,4/28 et un écart type de 3,7. Les résultats de l'analyse corrélationnelle n'ont pas permis de confirmer le lien entre le soutien à l'affiliation de la part du thérapeute et la motivation autodéterminée du participant face à la thérapie. Avant de discuter des résultats obtenus, il s'avère nécessaire de faire un bref retour sur les résultats obtenus dans des recherches antérieures.

Soutien à l'affiliation et motivation. La TAD stipule qu'une personne qui soutient ou satisfait le besoin d'affiliation à autrui d'un tiers favorise la motivation autodéterminée de ce dernier. Plusieurs études recensées dans les domaines de l'éducation et du sport ont confirmé le lien entre le soutien au besoin d'affiliation à autrui et la motivation autodéterminée, comme il a été recensé dans le contexte théorique. Voici un bref rappel de ces études.

Dans le domaine de l'exercice physique et du sport, un lien positif entre le soutien au besoin d'affiliation et la motivation autodéterminée a été démontré (p. ex., Edmunds et al., 2008; Reinboth et al., 2004). Aussi, dans le domaine de l'éducation, il a été confirmé qu'un environnement d'apprentissage qui soutient l'affiliation de la part de professeurs, de parents ou de pairs peut favoriser la motivation autodéterminée et avoir un impact positif sur l'engagement envers les études et sur les résultats scolaires (p. ex., Deci & Ryan, 2000; Furrer & Skinner, 2003; Zhao et al., 2011). Dans l'étude d'Edmunds et al. (2007), les auteurs ont découvert que la satisfaction du besoin d'affiliation à autrui avait un impact important dans l'initiation et l'engagement à maintenir un comportement de santé.

Toutefois, aucune étude s'étant penchée sur le soutien à l'affiliation en contexte thérapeutique n'a été recensée. Comme le thérapeute, de par sa formation, est encouragé à soutenir ce besoin et que la satisfaction de ce besoin est associée à une augmentation de la motivation autodéterminée dans plusieurs contextes, il a été inféré que le soutien à

l'affiliation pourrait être associé à la motivation autodéterminée dans un contexte thérapeutique.

Hypothèses explicatives. Les résultats de cette étude n'ont pas confirmé de lien significatif entre le soutien à l'affiliation et la motivation autodéterminée. Deux hypothèses seront formulées pour tenter d'expliquer ces résultats. L'une porte sur la nature du lien entre les deux variables et l'autre sur les limites de l'instrument de mesure ECI.

Nature du lien entre le soutien à l'affiliation et la motivation autodéterminée.

Une première explication reprend une explication déjà présentée dans l'analyse des résultats relatifs à l'hypothèse 4 pour le soutien à la compétence. En effet, on peut penser que l'inférence du lien direct entre le soutien à l'affiliation et la motivation autodéterminée n'était pas pertinente et que le lien est peut-être plus complexe. En effet, un lien entre ces deux variables demeure possible, mais ce lien pourrait comporter des variables médiatrices ou modératrices qui n'ont pas été étudiées dans la présente recherche, comme la perception d'affiliation au thérapeute, la perception (ou présence) du soutien de la part de l'entourage du participant ou d'autres variables relationnelles propres à la psychothérapie, notamment l'alliance thérapeutique. Des études supplémentaires seront nécessaires pour une meilleure compréhension des liens entre ces variables, notamment en utilisant des modèles plus complexes.

Limites de l'ECI. Tel qu'évoqué à l'occasion de la discussion des résultats relatifs aux hypothèses H3 et H4, les limites de l'instrument ECI pourraient expliquer l'absence de résultat significatif. De façon plus spécifique au soutien à l'affiliation, un regard sur les réponses de la majorité des répondants aux questions référant au soutien à l'affiliation, permettent de remarquer que la majorité des participants ont répondu « jamais » à l'item 2 et « toujours » aux autres items représentant le soutien à l'affiliation. L'item 2 était formulé ainsi dans le questionnaire : « Mon/ma thérapeute se soucie peu que je réussisse ou que j'échoue ». Cette phrase peut être interprétée différemment dans un contexte sportif, éducatif ou thérapeutique. Pour un contexte thérapeutique, la formulation de cet item doit être questionnée. En effet, cet item peut être interprété de deux façons: soit mon thérapeute me soutient au-delà des résultats obtenus lors de la thérapie, soit que ça lui importe peu si j'échoue ou je réussis dans ma tentative à m'en sortir. Il faut convenir que la deuxième interprétation est difficilement concevable dans un contexte thérapeutique, ce qui semble confirmé par le fait que la variance de cet item est quasiment nulle. Logiquement, l'item 2 se devait donc d'être inversé dans le calcul du score de soutien à l'affiliation dans un contexte thérapeutique et c'est ce qui a été fait dans la présente étude.

En somme, il est probable que l'ECI, élaboré avec un objectif d'être applicable à plusieurs contextes ne convienne pas au contexte de la psychothérapie, notamment en ce qui a trait au soutien à l'affiliation.

Analyse des résultats en fonction des questions de recherche

Les questions de recherche de la présente étude exploraient la motivation du client face à sa thérapie dans le temps. Plus particulièrement, elles s'intéressaient à savoir si la motivation devenait plus autodéterminée avec le temps. Et si oui, est-ce que ce changement était relié au soutien interpersonnel aux trois besoins du client par le thérapeute? Les résultats relatifs aux questions de recherche seront résumés, puis une brève discussion de ces derniers sera élaborée.

Question 1

La question 1 cherchait à savoir s'il existe une différence entre la motivation autodéterminée de départ du client et sa motivation après la troisième entrevue. D'après les résultats de la présente étude, il y a un changement significatif au niveau de la motivation globale du client entre la première séance et la troisième séance de thérapie. Plus spécifiquement, la motivation globale du client a tendance à être plus autodéterminée à la troisième séance qu'à la première. Ces résultats indiquent qu'en thérapie, la motivation a tendance à être plus autodéterminée avec le temps, ce qui confirme que la motivation est dynamique (Ryan & Deci, 2008; Simoneau & Bergeron, 2003) et que la force des raisons des clients face à la thérapie fluctue avec le temps (Reeve, 1992, cité dans Simoneau & Bergeron, 2003). Ces résultats confirment également que le degré d'autodétermination change avec le temps. Comme la réponse à la question 1 est affirmative, il faut considérer la question 2, à savoir si les types de soutien interpersonnel sont en lien avec les fluctuations de la motivation dans le temps.

Question 2

La question 2 découle de la théorie de l'évaluation cognitive de la TAD (Deci & Ryan, 1985; Ryan & Deci, 2000a) qui suggère que le changement de motivation vers l'autodétermination indiquerait que l'environnement thérapeutique du client soutient ses besoins d'autonomie, de compétence et d'affiliation à autrui. Les résultats de la présente étude n'ont pas révélé de lien significatif entre le changement de motivation mentionné ci-haut et le soutien à l'autonomie, à la compétence et à l'affiliation de la part du thérapeute. D'autres facteurs seraient possiblement reliés au changement de motivation face à la thérapie. Aussi, certaines limites reliées aux choix méthodologiques dans la présente étude pourraient expliquer, en partie du moins, l'absence de résultats significatifs.

Interprétation des résultats aux questions de recherche

Tel qu'évoqué précédemment, il est possible de penser que la motivation du client peut être plus autodéterminée avec le temps en raison de l'amélioration des symptômes et de l'espoir de guérison du participant. Malheureusement, aucune étude n'a encore exploré les relations entre ces variables. Aussi, il aurait pu être intéressant d'évaluer le niveau de satisfaction des besoins d'autonomie, de compétence et d'affiliation à autrui des clients à leur première et leur troisième séance afin d'analyser la présence possible d'une relation entre le niveau de satisfaction de ces besoins et la motivation aux différents temps de l'étude. Comme ces variables n'ont pas été étudiées, aucune

conclusion ne peut être tirée à ce propos. D'autres recherches seraient nécessaires pour clarifier les liens entre ces variables.

Comme il a été évoqué précédemment, il est possible que la motivation face à la thérapie soit un phénomène plus complexe que prévu et qui inclut plusieurs motivations différentes (p. ex. : motivation à être en thérapie, motivation à changer). D'ailleurs, il est également soulevé dans la présente étude que la motivation à être en thérapie est peut-être différente de celle requise dans le domaine sportif ou dans le domaine de l'éducation. En effet, explorer les différents types de motivations retrouvés en contexte thérapeutiques serait aidant pour mieux connaître l'impact de la motivation à être en thérapie, versus l'impact des autres types de motivation sur l'efficacité thérapeutique et ses liens avec le soutien interpersonnel aux besoins du client.

En ce qui a trait à l'absence de lien entre le soutien aux besoins et le changement au niveau de la motivation, certaines explications présentées précédemment pourraient être reprises ici, notamment les choix méthodologiques effectués dans la présente étude peuvent expliquer l'absence de résultats. Ainsi, comme il a été soulevé précédemment, il est possible que les limites de l'ECI puissent expliquer l'absence de résultats significatifs. De plus, la distribution leptocurtique retrouvée au niveau des variables du soutien aux besoins peut expliquer l'absence de résultats.

Analyses complémentaires

Les analyses complémentaires qui ont été effectuées ont porté sur la relation entre la motivation globale et le nombre total de séances; les corrélations entre le soutien à l'autonomie, à la compétence et à l'affiliation à autrui; la relation entre l'efficacité de la thérapie et le nombre de séances ainsi que la satisfaction face à la thérapie.

Motivation globale et nombre total de séances

Les analyses statistiques ont révélé une corrélation positive significative entre la motivation globale mesurée à la troisième séance et le nombre total de séances faites avec le thérapeute actuel. Cela indique que plus la motivation globale est autodéterminée à la troisième séance, plus le sujet a tendance à poursuivre la thérapie. Ce lien pourrait indiquer que la motivation globale est un facteur de persévérance en thérapie.

Cette relation positive entre le nombre de séances et le degré d'autodétermination de la motivation vient conforter la discussion avancée en lien avec les résultats relatifs à l'hypothèse 2, notamment la mise en évidence de différences entre l'étude de Zuroff et al. (2007) et la présente étude, notamment la durée de la thérapie et son impact sur la motivation autodéterminée.

Motivation non-autodéterminée et état psychologique

Le deuxième résultat issu des analyses complémentaires est la présence d'une corrélation positive marginalement significative entre la motivation non-autodéterminée

à la troisième entrevue et la MI-30, à la dernière entrevue. Cela indique que plus la motivation non-autodéterminée est élevée à la troisième entrevue, moins l'état psychologique du participant à la dernière séance est bon ou que plus la motivation non-autodéterminée est faible à la troisième entrevue, meilleur est l'état psychologique du participant à la dernière séance. Donc, même si cette étude ne révèle pas la présence de lien positif entre la motivation autodéterminée et l'efficacité de la thérapie, elle indique un lien négatif entre la motivation non-autodéterminée et la santé mentale à la fin de la thérapie. Ce résultat vient confirmer en partie la relation stipulée par l'hypothèse 2, plus précisément, le lien entre la motivation et la santé mentale. Il serait très intéressant d'explorer avec des processus thérapeutiques plus longs si d'autres liens entre ces variables pourraient être observés tout au long du processus thérapeutique et avec l'évolution de l'état psychologique du client.

Soutien aux trois besoins

Les analyses complémentaires ont aussi révélé la présence de fortes corrélations positives entre les mesures de soutien interpersonnel aux trois besoins des clients. En effet, il y a un lien significatif entre le soutien à l'autonomie et le soutien à la compétence, un lien très significatif entre le soutien à l'autonomie et le soutien à l'affiliation, et une relation très significative entre le soutien à la compétence et le soutien à l'affiliation. Les fortes corrélations présentes entre les trois types de soutien interpersonnel indiquent que les trois types de soutien fluctuent de façon synchronisée. Dans l'étude de validation de l'ECI, Pelletier et al. (manuscrit en préparation), une forte

corrélation positive a été identifiée entre la sous-échelle du soutien à l'autonomie et celle du soutien à l'affiliation. Les auteurs ont attribué cette forte corrélation au fait que les deux sous-échelles mesuraient des comportements interpersonnels. Par contre, contrairement aux résultats de la présente étude, des corrélations non-significatives avaient été obtenues dans l'étude de validation de l'ECI entre les mesures du soutien à l'autonomie et celles du soutien à l'incompétence ainsi qu'entre les mesures du soutien à l'incompétence et celles du soutien à l'affiliation. Dans la présente étude, les scores moyens des trois types de soutien interpersonnel sont élevés et il y a peu de variabilité à l'intérieur de ces trois variables. C'est peut-être ce qui peut expliquer les fortes corrélations obtenues. D'ailleurs, ces résultats amènent à penser que le soutien interpersonnel aux trois besoins en psychothérapie représente un seul et même phénomène. Les différentes manifestations du soutien interpersonnel seraient étroitement liées pour les psychothérapeutes, comme il a été évoqué précédemment. Il faut d'ailleurs reconnaître que dans le corpus des études ayant adopté le cadre de la TAD, plusieurs études adoptent une définition du soutien à l'autonomie qui regroupe les concepts de soutien à l'autonomie, à la compétence et à l'affiliation.

Efficacité de la thérapie et nombre de séance

Les résultats des analyses corrélationnelles démontrent qu'il y a un lien significatif entre l'efficacité thérapeutique et le nombre de séances faites avec le thérapeute. Cela indique que plus il y a de séances, plus il y a une amélioration de l'état du participant. Cela appui l'hypothèse présentée antérieurement, à l'effet que l'état des participants

pourrait continuer à évoluer si le nombre de séances avait été prolongé. Aussi, il serait intéressant d'étudier la relation entre le nombre de séances et l'efficacité de la thérapie à plus grande échelle afin d'évaluer si le modèle corrélational ou le modèle de forme logarithmique de Howard et al. (1986) serait le plus représentatif de la réalité. Toutefois, les résultats de la présente étude ne permettent pas de préciser la nature de la courbe d'amélioration.

Ce résultat contribue aussi à confirmer la pertinence de poursuivre les études visant l'optimisation de la psychothérapie, notamment en questionnant le nombre de séance optimal pour favoriser une amélioration significative de l'état du client. Ce résultat indique aussi qu'il y a une amélioration dès la première rencontre et que cette dernière continue de croître avec le temps. D'ailleurs, il est intéressant de noter que l'état psychologique des participants de la présente étude s'est amélioré avec le temps, mais est demeuré sous le seuil de santé psychologique de la population générale à la fin des séances. Cela indique qu'il est possible que le nombre de séances de la présente étude ait été sous-optimal pour les participants et qu'il faudrait se pencher sur l'efficacité relative des thérapies de très courtes durées versus l'efficacité des thérapies un peu plus longues.

Satisfaction face à la thérapie

D'autres analyses complémentaires ont permis de découvrir un lien significatif entre la satisfaction globale des participants face à leur thérapie et les trois types de

soutien interpersonnel avec un effet allant de modéré (0,38) à élevé (0,62). En effet, plus les personnes perçoivent leur thérapeute comme soutenant leur besoin d'autonomie, de compétence et d'affiliation, plus ils sont satisfaits de la thérapie. D'ailleurs, la théorie de Rothman Baldwin, Hertel et Fuglestad (2011) soutient que si les clients sont satisfaits de la thérapie, ils sont plus enclins à maintenir leur comportement acquis en thérapie. Cela amène à se questionner à savoir si la perception subjective de la satisfaction face à la thérapie pourrait être une variable plus importante dans la persévérance face au traitement que les résultats objectifs d'améliorations de l'état du sujet. D'ailleurs, l'étude de Lambert (2010) soutient que la satisfaction face à la thérapie est corrélée avec la durée de la thérapie et non avec l'efficacité de cette dernière. Ce questionnement demanderait à être approfondi dans de futures recherches. D'ailleurs, dans la présente étude, il n'y a pas de lien significatif entre la satisfaction de la thérapie et l'efficacité de la thérapie. Il serait donc possible qu'avec le soutien du thérapeute et les outils fournis par ce dernier, le participant soit en mesure de poursuivre son évolution par lui-même et obtenir des résultats après la fin de la thérapie.

Synthèse de l'analyse des résultats

En somme, la présente étude a révélé que la thérapie de courte durée est efficace, en ce sens que l'état psychologique des participants s'est amélioré rapidement. Toutefois cette amélioration n'a pas été suffisante pour leur permettre d'atteindre un état psychologique comparable à ceux de la population générale américaine. Il serait d'ailleurs important que des normes franco-canadiennes ou québécoises soient

développées afin d'avoir un comparatif plus représentatif. Aussi, il n'y a pas eu de lien entre la motivation autodéterminée, l'efficacité thérapeutique et les trois types de soutien interpersonnel, comme il était attendu. Cela peut être expliqué par la complexité de ces concepts et des liens directs et indirects entre eux dans le cadre d'une thérapie. Malgré la complexité de ces concepts, des liens intéressants sont ressortis dans la présente étude et pourront servir de pistes de réflexion pour les prochaines études sur le sujet. Parmi ceux-ci, il y a le fait que la motivation globale des clients est plus autodéterminée avec le temps et qu'un meilleur état psychologique des participants à la fin de la thérapie est associée avec un faible niveau de motivation non-autodéterminée. Aussi, en moyenne, les participants ont perçu que leur thérapeute soutenait de façon satisfaisante leurs besoins d'autonomie, de compétence et d'affiliation. De plus, il a été identifié que plus la motivation des clients est autodéterminée à troisième rencontre, plus ces derniers ont tendance à persévérer dans la thérapie. Cela porte à confirmer la présence de liens plus complexes entre ces variables, même si la faible taille de l'échantillon et des limites de l'instrument de mesure des trois types de soutien interpersonnel restreignent la portée de ces résultats. Aussi, il y a présence de fortes corrélations entre les trois types de soutien, ce qui pourrait indiquer que ces derniers représentent un seul et même phénomène en contexte thérapeutique. Les forces et les limites de la présente étude seront davantage approfondies dans les prochains paragraphes.

Forces de l'étude

Implications pour la TAD

Cette étude a été la première à explorer les relations entre la motivation autodéterminée et l'efficacité thérapeutique ainsi qu'entre le soutien du thérapeute aux besoins d'autonomie, de compétence et d'affiliation de son client et la motivation de ce dernier durant la thérapie dans un contexte de psychothérapie, plus précisément une psychothérapie de très courte durée. C'est d'ailleurs la première étude à s'intéresser spécifiquement au soutien à l'affiliation en psychothérapie.

Même si la motivation a déjà été étudiée en psychothérapie, la présente étude a permis d'appliquer un modèle issu de la TAD dans le domaine de la psychothérapie, ce qui avait été rarement réalisé.

Ainsi, la présente recherche est l'une des premières à vérifier les liens entre des variables issues du modèle de la TAD dans le domaine de la psychothérapie. L'article de Ryan et al. (2011) a aussi mis en évidence la pertinence de considérer le soutien du thérapeute dans les recherches sur la psychothérapie. Ces auteurs considèrent que les trois types de soutien interpersonnel sont intégrés dans la pratique des thérapeutes et font partie des facteurs communs de la psychothérapie. Markland, Ryan, Tobin et Rollnick (2005) avaient déjà laissé voir l'importance du soutien à l'autonomie, à la compétence et à l'affiliation dans le cadre de l'entretien motivationnel (*motivational interviewing*). En effet, selon Ryan et Deci (2008), les interventions de l'entrevue motivationnelle

soutiennent l'autonomie par les questionnements non-directifs et les réflexions, la compétence en fournissant de l'information et l'affiliation à travers la relation caractérisée par un regard inconditionnel et positif. Toutefois, aucune étude n'avait appuyé ces liens théoriques et c'est ce que la présente étude a cherché à faire.

Qualités méthodologiques

Une autre force de la présente étude est que la méthodologie a utilisé des instruments de mesure qui ont été construits spécifiquement pour mesurer les concepts étudiés et qui avaient été validés en français.

Le fait que cette étude soit de type longitudinal constitue un point fort de la recherche. Elle permettait ainsi de dresser un portrait de l'évolution de la thérapie dans le temps. Toutefois, cette caractéristique du devis, pourrait être un facteur expliquant la difficulté de réaliser des recherches sur les suivis thérapeutiques du début à la fin.

Une autre particularité de cette étude est qu'elle a été réalisée dans un milieu clinique non institutionnel, ce qui est peu fréquent en recherche sur l'efficacité thérapeutique. En effet, la plupart des études sont effectués auprès d'une population universitaire ou dans un milieu hospitalier qui sont peu représentatifs de la pratique clinique en bureau privé. Ainsi, plusieurs recherches empiriques publiées demeurent peu applicables dans des milieux non institutionnels.

Il faut aussi souligner que le projet a été approuvé par le CER de l'UQAC, ce qui témoigne de ses qualités en termes de rigueur et de respect des clients.

En résumé, la présente étude est innovatrice dans sa tentative de validation des principes de la TAD dans le domaine de la psychothérapie. Elle se démarque par l'étude longitudinale des variables, le choix d'une population peu étudiée et l'utilisation d'instruments de mesure spécifiquement élaborés pour étudier ces concepts (MI et EMCT).

Limites de l'études

La présente recherche comporte quelques limites, dont les plus importantes sont la taille de l'échantillon et certaines limites relatives à l'ECI. En plus d'élaborer sur ces limites, les paragraphes qui suivent en soulèvent d'autres.

Taille de l'échantillon

Une des limites les plus importantes de la présente étude est la faible taille de l'échantillon. Toutefois, la faible taille de l'échantillon peut s'expliquer. Un des défis de cette étude a été de cibler une population d'adultes consultant majoritairement en psychothérapie en clinique privée dans le cadre d'un programme d'aide aux employés et non en institution. Comme la taille de l'échantillon final le démontre, cela s'est avéré être une tâche ardue. En effet, la sollicitation des participants a entraîné de très nombreux refus comparativement à un milieu où la population étudiée est importante et plus facilement accessible, comme des centres universitaires ou des hôpitaux. De plus,

comme l'étude portait sur la thérapie individuelle et non de groupe, le recrutement était encore plus difficile.

Ainsi, sur les 240 questionnaires distribués dans divers milieux, 40 participants ont retourné certains questionnaires, et seuls les questionnaires de 22 participants ont pu être utilisés. Cette réponse est minime par rapport à ce qui était attendu. La taille de l'échantillon souhaitée était de 64 participants pour assurer une bonne puissance statistique, c'est à-dire un effet modéré ($r = 30$), un alpha de 0,05 et une puissance de 0,80 (G*Power : Erdfelder et al., 1996).

Ce faible taux de participation peut être, en partie, expliqué par les limites associées à la clientèle étudiée. En effet, remplir trois questionnaires pour une clientèle aux prises avec des problématiques de santé mentale peut être très exigeant pour cette population. Aussi, la sur-sollicitation, aujourd'hui fréquente, par les firmes de sondage, les publicités et les questionnaires de satisfaction a pu contribuer à expliquer le faible taux de participation. De plus, comme le protocole de la présente recherche ne prévoyait pas l'offre de rémunération ou de cadeaux aux participants, plusieurs n'auraient pas vu d'avantage à y participer. Enfin, la lourdeur de la participation demandée (trois questionnaires) ainsi que le caractère intime et privé d'un suivi thérapeutique, où un protocole de recherche peut facilement être perçu comme une intrusion, sont d'autres éléments qui ont pu freiner considérablement la participation des personnes.

Enfin, la faible taille de l'échantillon limite la généralisation de ces résultats à une population québécoise en suivi thérapeutique de courte durée.

Type de motivation étudié

L'analyse des résultats de la recherche a permis de questionner le type de motivation étudié, soit la motivation face à la thérapie, notamment ses liens avec l'efficacité de la thérapie. En effet, une question s'est posée suite à l'analyse des résultats, à savoir si la motivation à être en thérapie était le type de motivation qui est le plus en lien avec l'efficacité de la thérapie, comparativement à d'autres types de motivation, comme par exemple la motivation à cesser de souffrir ou la motivation à changer. Il est clair que la motivation n'a pas été abordée en prenant en compte toute la complexité du phénomène en contexte thérapeutique.

Schème de recherche

De plus, une autre limite vient du choix du schème de recherche. En effet, un schème de recherche à un seul groupe a été sélectionné en raison de la dimension exploratoire de la recherche. Ce choix entraîne de limiter les résultats à des liens intragroupes. Cela implique également qu'il n'y a pas de groupe contrôle, ce qui limite la généralisation des résultats et qui empêche de valider hors de tout doute les résultats d'efficacité thérapeutique présentés puisqu'il y a toujours la possibilité que d'autres facteurs puissent expliquer les résultats obtenus, sans être identifiés ou contrôlés.

Limites des instruments de mesure

MI-30. Une limite de la MI-30 est que des normes spécifiques à la population franco-canadiennes n'existent pas encore. L'interprétation des résultats de ce questionnaire devra donc être faite en prenant en considération cette limite.

ECI. Plusieurs limites ont été rapportées dans l'analyse des résultats à propos de l'ECI, possiblement parce qu'il n'a pas été validé dans un contexte de psychothérapie. D'abord, comme expliqué précédemment, il a été observé au cours de l'analyse statistique que l'item 2 de l'ECI portait à confusion, soit « le thérapeute se soucie peu que je réussisse ou que j'échoue ». Cet item a été inversé pour les fins de l'étude, mais devrait être révisé afin de dissiper l'ambiguïté soulevée dans un contexte de thérapie. Aussi, l'instrument s'appuie sur la mesure du soutien à l'incompétence, on peut penser qu'un tel soutien ne convient absolument pas dans un contexte de psychothérapie. Les items devraient être révisés et ajustés afin de mesurer le soutien à la compétence dans un ce contexte.

De plus, la distribution des scores du soutien à l'autonomie et du soutien à la compétence ne respectent pas le principe de normalité. Ici encore, on peut penser que la validité de construit questionnable de l'instrument pourrait être en cause, en plus de la taille réduite de l'échantillon.

Enfin, les fortes corrélations entre les trois types de comportements interpersonnels questionnent aussi la validité de construit de l'instrument. On peut penser qu'un instrument de mesure du soutien aux besoins plus valide aurait pu laisser apparaître des résultats différents. Quoi qu'il en soit, il serait souhaitable que des chercheurs travaillent à l'élaboration d'un tel instrument de mesure des comportements de soutien aux besoins du client par le psychothérapeute.

Recherches futures

Il apparaît souhaitable de reprendre cette étude avec un plus grand échantillon et un instrument de mesure spécifiquement conçu pour mesurer le soutien aux comportements interpersonnels en thérapie. De plus, plusieurs suggestions pour la poursuite des recherches ont été formulées dans la section analyse de données. En voici un résumé.

Bien que la théorie de la TAD soit validée dans plusieurs domaines et que les tenants de la TAD associent certaines de ses variables à des facteurs reconnus en psychothérapie, il demeure impératif de poursuivre les recherches au moyen d'études cliniques et empiriques afin de solidifier les assises de cette théorie dans ce domaine de la psychothérapie. Il serait également intéressant d'étudier différents types de motivation qui interviennent dans un contexte thérapeutique, comme la motivation à réduire sa souffrance ou la motivation à changer, afin de déterminer l'évolution des différentes motivations et leurs liens avec l'efficacité de la thérapie.

Il deviendrait ainsi possible de comprendre de façon plus nuancée le processus dynamique de la motivation autodéterminée dans un contexte de psychothérapie de courte, moyenne et de longue durée.

En ce qui a trait au lien entre la motivation autodéterminée et le soutien aux besoins interpersonnels, il serait pertinent de vérifier l'hypothèse de liens plus complexes entre l'efficacité thérapeutique, la motivation autodéterminée et le soutien aux besoins du client dans le contexte thérapeutique, notamment en introduisant des variables médiatrices et modératrices. On peut penser à des variables telles le sentiment de compétence ou l'efficacité perçue, l'autonomie et l'affiliation perçues, l'intention, etc.

Il serait aussi intéressant d'explorer le rôle des différentes variables impliquées à différents moments de la thérapie, en tenant compte de la durée des processus de thérapie.

Il serait également pertinent d'explorer plus à fond les liens obtenus lors des analyses complémentaires, notamment ceux entre la satisfaction face à la thérapie, la motivation et l'amélioration de l'état du participant.

Enfin, d'autres recherches pourraient s'intéresser au rythme du changement, aux capacités prédictives du rythme initial de changement, au maintien des gains à moyen et

long terme. D'ailleurs, les possibilités nouvelles qu'offrent les auteurs de la MI, faciliteront la possibilité de réaliser de telles études à partir de données saisies dans une banque de données centrale.

Conclusion

Depuis quelques dizaines d'années, les chercheurs du domaine de la psychothérapie ont étudié l'efficacité thérapeutique et ses déterminants. De nombreuses études ont permis de confirmer que la psychothérapie est efficace tant cliniquement que statistiquement. D'ailleurs, des lacunes méthodologiques ont été soulevées dans les recherches antérieures sur l'efficacité thérapeutique en lien avec l'instrument pour mesurer ce concept. C'est pourquoi la Mesure d'Impact a été choisie pour la présente recherche. En effet, celle-ci a été spécifiquement conçue pour évaluer l'efficacité thérapeutique, à partir des changements entre l'état psychologique en début de thérapie et celui à la fin. La MI est rapide à administrer, peu coûteuse, très sensible au changement et a l'avantage de cibler un large éventail de manifestations en santé mentale. En ce qui a trait aux déterminants de l'efficacité thérapeutique, de nombreuses variables communes aux thérapies, reliées au thérapeute ou au client ont ainsi été identifiées, mais certaines d'entre elles restent nébuleuses, telle la motivation. Plusieurs recherches ont étudié la motivation sous différents angles dans le cadre d'une thérapie, mais les résultats sont mitigés, soit parce qu'il existe un large éventail de définitions de la motivation et qu'il est très difficile d'opérationnaliser ce concept. Le concept de la motivation élaborée dans la théorie de l'autodétermination pourrait vraisemblablement pallier à cette lacune. En effet, la TAD conçoit la motivation de façon multidimensionnelle et dynamique, opérationnalise ce concept puis élabore des instruments de mesure qui lui sont spécifiques et qui sont adaptés à différents contextes.

Les tenants de la TAD stipulent qu'une personne peut moduler la motivation d'une autre par le biais de comportements qui soutiennent ou non les besoins d'autonomie, de compétence et d'affiliation de ce dernier. Ces liens ont été maintes fois validés dans les domaines du sport, de l'éducation et de la santé physique, mais peu d'études adoptant ce cadre de référence ont été effectuées dans le domaine de la psychothérapie. C'est ce que la présente étude a voulu réaliser. La présente recherche s'inscrit donc dans cette volonté de mieux comprendre comment et pourquoi la thérapie est efficace en réalisant une étude exploratoire qui intègre différentes variables provenant de la théorie de l'autodétermination.

Les objectifs de la présente étude étaient de valider l'efficacité de la thérapie et d'étudier les liens entre la motivation autodéterminée, le soutien à l'autonomie, le soutien à la compétence et le soutien à l'affiliation ainsi que l'efficacité thérapeutique. Il était attendu que le soutien aux besoins interpersonnels du client par le thérapeute serait relié à la motivation du client qui, elle, serait liée à l'efficacité de la thérapie.

Les résultats de l'étude ont permis de confirmer que la thérapie de courte durée est efficace, tant statistiquement que cliniquement puisque les participants ont laissé voir des changements positifs de leur état psychologique. Par contre, l'amélioration de l'état des participants ne serait pas suffisante pour atteindre un état comparable à celui de la population générale, si l'on se fie aux normes américaines. Les résultats démontrent que cette amélioration a été rapide. De plus, on peut penser que l'état des participants se

serait encore amélioré si la thérapie s'était poursuivie. Toutefois, les suivis thérapeutiques dans la présente étude étaient limités dans le temps. Les résultats de la présente étude n'ont pas permis de confirmer les liens entre la motivation autodéterminée et le soutien aux besoins du client ainsi qu'entre la motivation et l'efficacité de la thérapie. Différentes hypothèses ont été soulevées pour expliquer l'écart entre ce qui était attendu et les résultats obtenus. Tout d'abord, une des principales explications est la faible taille de l'échantillon. En effet, seuls 22 participants sur 300 sollicités ont remplis et retournés les 3 questionnaires. Une seconde explication a trait aux lacunes au niveau de l'ECI, notamment le fait que cette échelle n'a pas été construite spécifiquement pour mesurer le soutien interpersonnel dans le cadre d'une psychothérapie. Enfin, une troisième explication est la possibilité qu'il existe des liens plus complexes entre ces variables dans un contexte de psychothérapie comparativement aux autres domaines dans lesquels la TAD a été validée. Il est également possible que la motivation soit un concept plus complexe dans le processus de psychothérapie. L'étude réalisée n'a pris en compte que la seule motivation à être en thérapie.

Les résultats relatifs aux questions de recherche ont révélé que la motivation globale tend à être plus autodéterminée avec le temps, mais que cette évolution n'est pas en lien avec le soutien aux trois besoins, comme il était attendu. D'autres facteurs seraient possiblement reliés au changement de motivation face à la thérapie.

Des analyses complémentaires ont par ailleurs révélé la présence de liens intéressants, notamment qu'une faible motivation non-autodéterminée est associée à un meilleur état mental du participant à la fin de la thérapie, que l'état psychologique du participant s'améliore avec le temps et enfin que la perception de soutien à l'autonomie, à la compétence et à l'affiliation de la part du thérapeute est positivement associé à la satisfaction du participant face à la thérapie. De plus, les corrélations très importantes entre les trois types de soutien interpersonnel, pourraient indiquer la possibilité que, dans un contexte de psychothérapie, il s'agit d'un phénomène plus intégré, voire d'une unique variable. Il serait intéressant que des recherches futures puissent explorer plus en profondeur ces différents liens et permettre ainsi de mieux comprendre la dynamique de la motivation et l'impact du soutien offert par le thérapeute à son client.

En prenant en considération les limites de la présente étude, on ne peut pas conclure que les variables à l'étude ne sont pas reliées à l'efficacité thérapeutique. On sait que la thérapie est efficace et il est possible que des liens plus complexes et indirects puissent exister entre ces variables à différents moments de la thérapie. D'autres recherches seront nécessaires afin de clarifier le rôle spécifique des différentes variables étudiées.

Références

- Ambresin, G., Zimmermann, G., de Roten, Y., & Despland, J.-N. (2009). Durée de traitement et évolution clinique en psychothérapie : enjeux de la relation dose-effet. *Schweizer archiv für neurologie und psychiatrie*, *160*(1), 20-26.
- Anderson, E. M., & Lambert, M. J. (2001). A survival analysis of clinically significant change in outpatient psychotherapy. *Journal of clinical psychology*, *57*(7), 875-888.
- Atkinson, J. W. (1964). *An introduction to motivation*: Oxford: Van Nostrand.
- Baard, P. P., Deci, E. L., & Ryan, R. M. (2004). Intrinsic need satisfaction: A motivational basis of performance and well-being in two work settings. *Journal of Applied Social Psychology*, *34*(10), 2045-2068.
- Bagøien, T. E., Halvari, H., & Nesheim, H. (2010). Self-determined motivation in physical education and its links to motivation for leisure-time physical activity, physical activity, and well-being in general. *Perceptual and Motor Skills*, *111*(2), 407-432.
- Baker, S. R. (2004). Intrinsic, extrinsic, and amotivational orientations: Their role in university adjustment, stress, well-being, and subsequent academic performance. *Current Psychology: Developmental, Learning, Personality, Social*, *23*, 189-202.
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, *84*, 191-215.
- Barkham, M., Rees, A., Stiles, W. B., Shapiro, D. A., Hardy, G. E., & Reynolds, S. (1996). Dose-effect relationship in time-limited psychotherapy for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *64*, 927-935.
- Baumeister, R. F., & Leary, M. R. (1995). The need to belong: Desire for interpersonal attachments as a fundamental human motivation. *Psychological Bulletin*, *117*, 497-529.
- Bergin, A. E., & Garfield, S. L. (Éds.) (1994). *Handbook of psychotherapy and behavior change* (4e éd.). Oxford, England: John Wiley & Sons.
- Blais, M. R., Brière, N. M., Lachance, L., Riddle, A. S., & Vallerand, R. J. (1993). L'inventaire des motivations au travail de Blais. *Revue Québécoise de Psychologie*, *14*, 185-215.

- Boislard-Pépin, M.-A., Green-Demers, I., Pelletier, L., Chartrand, J., & Séguin Lévesque, C. (2002). L'Impact du style interpersonnel du partenaire sur la compétence, la motivation et la satisfaction sexuelle. *Revue Québécoise de Psychologie, 23*, 105-121.
- Boisvert, N. (2006). *Validation de l'échelle de motivation du client face à la thérapie (EMCT), version française du client motivation for therapy scale (CMOTS)*. Mémoire de maîtrise inédit, Université du Québec à Trois-Rivières.
- Carkhuff, R. R., & Truax, C. B. (1967). *Toward effective counseling and psychotherapy: Training and practice. Modern applications in psychology*. Hawthorne, NY : Aldine Publishing Co.
- Carter, J. A. (2011). Changing light bulbs: Practice, motivation, and autonomy. *The Counseling Psychologist, 39*(2), 261-266.
- Castonguay, L. G., & Beutler, L. E. (Éds.) (2006). *Principles of therapeutic change that work*. New York : Oxford University Press.
- Chiappelli, M., Lo Coco, G., Gullo, S., Bensi, L., & Prestano, C. (2008). The Outcome Questionnaire 45.2 Italian validation on an instrument for the assessment of psychological treatments. *Epidemiologia e Psichiatria Sociale, 17*(2), 152-161.
- Chirkov, V. I., Ryan, R. M., & Willness, C. (2005). Cultural context and psychological needs in Canada and Brazil: Testing a self-determination approach to the internalization of cultural practices, identity, and well-being. *Journal of Cross-Cultural Psychology, 36*, 423-443.
- Clarkin, J. F., & Levy, K. N. (2004). The influence of client variables on psychotherapy. Dans A. E. Bergin & S. L. Garfield (Éds), *Handbook of psychotherapy and behaviour change* (5e éd.) (pp.194-226). Oxford: John Wiley & sons.
- Curry, S. J., Grothaus, L., & McBride, C. (1997). Reasons for quitting: Intrinsic and extrinsic motivation for smoking cessation in a population-based sample of smokers. *Addictive Behaviors, 22*, 727-739.
- Curtis, J. M. (1985). Elements of prognosis in psychotherapy. *Psychological Reports, 56*(1), 11-18.
- Deci, E. L., & Ryan, R. M. (1985). *Intrinsic motivation and self determination in human behavior*. New York: Plenum Press.

- Deci, E. L., & Ryan, R. M. (2000). The "what" and "why" of goal pursuits: Human needs and the self-determination of behavior. *Psychological Inquiry, 11*(4), 227-268.
- Deci, E. L., & Ryan, R. M. (2002). *Handbook of self-determination research*. Rochester: University of Rochester Press.
- DiClemente, C. C. (1999). Motivation for change: Implications for substance abuse treatment. *Psychological Science, 10*(3), 209-213.
- Eccles, J. S., & Wigfield, A. (2002). Motivational beliefs, values, and goals. *Annual Review of Psychology, 53*(1), 109-132.
- Edmunds, J., Ntoumanis, N., & Duda, J. L. (2006). A test of self-determination theory in the exercise domain. *Journal of Applied Social Psychology, 36*(9), 2240-2265.
- Edmunds, J., Ntoumanis, N., & Duda, J. L. (2007). Adherence and well-being in overweight and obese patients referred to an exercise on prescription scheme: A self-determination theory perspective. *Psychology of Sport and Exercise, 8*, 722-740.
- Edmunds, J., Ntoumanis, N., & Duda, J. L. (2008). Testing a self-determination theory-based teaching style intervention in the exercise domain. *European Journal of Social Psychology, 38*, 375-388.
- Erdfelder, E., Faul, F., & Buchner, A. (1996). G*Power: A general power analysis program. *Behavior Research Methods, Instruments, & Computers, 28*, 1-11.
- Flynn, R. J., Aubry, T. D., Guindon, S., Tardif, I., Viau, M., & Gallant, A. (2002). Validation d'une version française du Outcome Questionnaire et évaluation d'un service de counselling en milieu clinique. *Canadian Journal of Program Evaluation, 17*(3), 57-74.
- Furrer, C., & Skinner, E. (2003). Sense of relatedness as a factor in children's academic engagement and performance. *Journal of Educational Psychology, 95*(1), 148-162.
- Gagné, M., Ryan, R. M., & Bargmann, K. (2003). Autonomy support and need satisfaction in the motivation and well-being of gymnasts. *Journal of Applied Sport Psychology, 15*, 372-390.
- Garfield, S. L. (1994). Research on client variables in psychotherapy. Dans A. E. Bergin & S. L. Garfield (Éds), *Handbook of psychotherapy and behaviour change* (4e éd.) (pp. 190-228). Oxford: John Wiley & sons.

- Gillet, N., Rosnet, E., & Vallerand, R. J. (2008). Développement d'une échelle de satisfaction des besoins fondamentaux en contexte sportif. *Canadian Journal of Behavioural Science, 40*(4), 230-237.
- Gillet, N., Vallerand, R. J., Amoura, S., & Blades, B. (2010). Influence of coaches' autonomy support on athletes' motivation and sport performance: A test of the hierarchical model of intrinsic and extrinsic motivation. *Psychology of Sport and Exercise, 11*, 155-161.
- Grouzet, F. M. E., Vallerand, R. J., Thill, E. E., & Provencher, P. J. (2004). From environmental factors to outcomes: A test of an integrated motivational sequence. *Motivation and Emotion, 28*(4), 331-346.
- Guay, F., Boggiano, A. K., & Vallerand, R. J. (2001). Autonomy support, intrinsic motivation, and perceived competence: conceptual and empirical linkages. *Personality and Social Psychology Bulletin, 27*, 643-650.
- Haas, E., Hill, R. D., Lambert, M. J., & Morrell, B. (2002). Do early responders to psychotherapy maintain treatment gains? *Journal of Clinical Psychology, 58*(9), 1157-1172.
- Halvari, H., Ulstad, S. O., Bagøien, T. E., & Skjesol, K. (2009). Autonomy support and its links to physical activity and competitive performance: Mediations through motivation, competence, action orientation and harmonious passion, and the moderator role of autonomy support by perceived competence. *Scandinavian Journal of Educational Research, 53*(6), 533-555.
- Hatfield, D. R., & Ogles, B. M. (2004). The use of outcome measures by psychologists in clinical practice. *Professional Psychology: Research and Practice, 35*, 485-491.
- Hill, C. E., & Lambert, M. J. (2004) Methodological issues in studying psychotherapy process and outcomes. Dans M. J. Lambert (Éd.), *Bergin and Garfield's Handbook of psychotherapy and behaviour change* (5e éd.) (pp.84-135). New York: Wiley.
- Howard, K. I., Kopta, S. M., Krause, M. S., & Orlinski, D. E. (1986). The Dose-Effect relationship in psychotherapy. *American Psychologist, 41*(2), 159-164.
- Jacobson, N. S., & Truax, P. (1991). Clinical significance: a statistical approach to defining meaningful change in psychotherapy research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 59*(1), 12-19.
- Jong, K., Nugter, M. A., Polak, M. G., Wagenborg, J. E. A., Spinhoven, P., & Heiser, W. J. (2007). The Outcome Questionnaire(OQ-45) in a Dutch Population: A cross-cultural validation. *Clinical Psychology and Psychotherapy, 14*, 288-301.

- Julien, E., Sénécal, C., & Guay, F. (2009). Longitudinal relations among perceived autonomy support from health care practitioners, motivation, coping strategies and dietary compliance in a sample of adults with type 2 diabetes. *Journal of Health Psychology, 14*(3), 457-470.
- Kasser, V. G., & Ryan, R. M. (1999). The relation of psychological needs for autonomy and relatedness to vitality, well-being, and mortality in a nursing home. *Journal of Applied Social Psychology, 29*, 935-954.
- Kennedy, S., Goggin, K., & Nollen, N. (2004). Adherence to HIV medications: Utility of the theory of self-determination. *Cognitive Therapy and Research, 28*, 611-628.
- Knee, C. R., Patrick, H., Vietor, N. A., Nanayakkara, A., & Neighbors, C. (2002). Self-determination as growth motivation in romantic relationships. *Personality and Social Psychology Bulletin, 28*(5), 609-619.
- Koss, M. P., & Shiang, J. (1994). Research on brief psychotherapy. Dans A. E. Bergin & S. L. Garfield (Éds), *Handbook of psychotherapy and behaviour change* (4e éd.) (pp.664-700). Oxford: John Wiley & Sons.
- Lalande, G., Émond, C., Savard, K., Boisvert, N., & Larouche, H. (2007, juin). *Mesure de l'efficacité thérapeutique: propriétés psychométriques de trois versions de la Mesure d'Impact (MI-45, MI-30 et MI-10), adaptation française du Outcome Questionnaire*. Affiche présentée au congrès de la Société canadienne de psychologie, Ottawa.
- Lambert, M. J. (1992). Psychotherapy outcome research : Implications for integrative and eclectic therapists. Dans J. C. Norcross & M. R. Goldfried (Éds), *Handbook of psychotherapy integration* (pp. 94-129). New York: Basic Books.
- Lambert, M. J. (2007). Presidential address: What we have learned from a decade of research aimed at improving psychotherapy outcome in routine care. *Psychotherapy Research, 17*(1), 1-14.
- Lambert, M. J. (2010). Using outcome data to improve the effects of psychotherapy : Some illustrations. Dans M. J. Lambert (Éd.), *Prevention of treatment failure : The use of measuring, monitoring, and feedback in clinical practice*, (pp. 203-242). Washington, DC: American Psychological Association.
- Lambert, M. J. (2013). The efficacy and effectiveness of psychotherapy. Dans M. J. Lambert (Éd.), *Bergin and Garfield's Handbook of psychotherapy and behaviour change* (6e éd.) (pp.169-218). New York: Wiley.

- Lambert, M. J., & Finch, A. E. (1999). The Outcome Questionnaire. Dans M. E. Maruish (Éd.), *The use of psychological testing for treatment planning and outcomes assessment* (2e éd.). (pp. 831-869). Mahwah: Lawrence Erlbaum Associates Publishers.
- Lambert, M. J., Finch, A. M., Okiishi, J., & Burlingame, G. M. (2005). *Administration and scoring manual for the OQ-30.2*: OQ measures LLC.
- Lambert, M. J., Hansen, N. B., Umphress, V., Lumen, K., Okkishi, J., & Burlingame, G. M. (1996). *Administration and scoring manual for the OQ-45.2*. Stevenson, MD: American Professional Credentialing Services.
- Lambert, M. J., & Ogles, B. M. (2004). The efficacy and effectiveness of psychotherapy. Dans M. J. Lambert (Éd.), *Bergin and Garfield's Handbook of psychotherapy and behaviour change* (5e éd.) (pp.139-193). New York: Wiley.
- Lambert, M. J., Okiishi, J. C., Finch, A. E., & Johnson, L. D. (1998). Outcome assessment: From conceptualization to implementation. *Professional Psychology: Research and Practice*, 29(1), 63-70.
- Larsen, D. L., Attkinsson, C. C, Hargreaves, W. A., & Nguyen, T. D. (1979). Assessment of client/patient satisfaction: Development of a general scale. *Evaluation and Program Planning*, 2, 197-207.
- Lavigne, G. L., Vallerand, R. J., & Miquelon, P. (2007). A motivational model of persistence in science education: A self-determination theory. *European Journal of psychology of education*, 22(3), 351-369.
- Lecomte, C., Savard, R., Guillon, V., & Drouin, M. (2004). Qui sont les psychothérapeutes efficaces? Implications pour la formation en psychologie. *Revue québécoise de psychologie*, 25(3), 73-102.
- Losier, G. F., & Vallerand, R. J. (1999). An integrative analysis of intrinsic and extrinsic motivation in sport. *Journal of Applied Sport Psychology*, 11, 142-169.
- Marmar, C. R., Weiss, D. S., & Gaston, L. (1989). Toward the validation of California therapeutic alliance rating system. *Psychological Assessment: A Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1(1), 46-52.
- Markland, D., Ryan, R., Tobin, V. J., & Rollnick, S. (2005). Motivational interviewing and self-determination theory. *Journal of Social and Clinical psychology*, 24(6), 811-831.

- Michalak, J., Klappheck, M. A., & Kosfelder, J. (2004). Personal goals of psychotherapy patients: The intensity and the “why” of goal-motivated behavior and their implications for the therapeutic process. *Psychotherapy Research, 14*, 193–209.
- Noar, M., & Zimmerman, R. S. (2005). Health behavior theory and cumulative knowledge regarding health behaviors: Are we moving in the right direction? *Health Education: Theory and Practice, 20*(3), 275-290.
- Okiishi, J. C., Lambert, M. J., Eggett, D., Nielsen, L., Dayton, D. D., & Vermeersch, D. A. (2006). An analysis of therapist treatment effects: Toward providing feedback to individual therapists on their clients' psychotherapy outcome. *Journal of Clinical Psychology, 62*, 1157-1172.
- OQ Measures (2005). OQ-Family Home Page. Récupéré le 4 mars 2007 de <http://www.oqmeasures.com>
- OQ Measures (2011). OQ Measures: The measure of mental health and vital signs. Récupéré le 8 juin 2012 de <http://www.oqmeasures.com>
- Ordre des Psychologues du Québec (2013). Définition de la psychothérapie. Récupéré le 3 août 2013 de <http://www.ordrepsy.qc.ca/fr/public/la-psychotherapie/definition-de-la-psychotherapie.sn>
- Patrick, H., Knee, C. R., Canevello, A., & Lonsbary, C. (2007). The role of need fulfillment in relationship functioning and well-being: A self-determination theory perspective. *Journal of Personality and Social Psychology, 92*(3), 434-457.
- Pelletier, L. G., Fortier, M. S., Vallerand, R. J., & Brière, N. M. (2001). Associations among perceived autonomy support, forms of self-regulation, and persistence: A prospective study. *Motivation and Emotion, 25*(4), 279-306.
- Pelletier, L. G., Sharp, E. C., Beaudry, S., & Otis, N. (Manuscrit en préparation). *The Interpersonal Behaviours Scale (IBS) : Support of autonomy, competence, and relatedness in different life domains*. Université d'Ottawa.
- Pelletier, L. G., Tuson, K. M., & Haddad, N. K. (1997). Client Motivation for Therapy Scale: A measure of intrinsic motivation, extrinsic motivation, and amotivation for therapy. *Journal of Personality Assessment, 68*(2), 414-435.
- Pelletier, L. G., & Vallerand, R. J. (1993). Une perspective humaniste de la motivation : Les théories de la compétence et de l'autodétermination. Dans R. J. Vallerand & E. E. Till (Éds), *Introduction à la psychologie de la motivation* (pp. 233-281). Laval, Québec : Études Vivantes.

- Petri, H. L., & Govern, J. M. (2004). *Motivation: Theory, research, and applications* (5e éd.). Belmont: Wadsworth/Thomson Learning.
- Philippe, F., & Vallerand, R. (2008). Actual environments do affect motivation and psychological adjustment: A test of self-determination theory in a natural setting. *Motivation and Emotions*, 32, 81-89.
- Prochaska, J. O., & DiClemente, C. C. (1983). Stages and processes of self-change of smoking: Toward an integrative model of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51, 390-395.
- Ratelle, C. F., Vallerand, R. J., Chantal, Y., & Provencher, P. (2004). Cognitive adaptation and mental health: A motivational analysis. *European Journal of Social Psychology*, 34, 459-476.
- Reeve, J. (2006). Teachers as facilitators: What autonomy-supportive teachers do and why their students benefit. *Elementary School Journal*, 106(3), 225-236.
- Reeve, J., & Jang, H. (2006). What teachers say and do to support students' autonomy during a learning activity. *Journal of Educational Psychology*, 98(1), 209-218.
- Reinboth, M., Duda J. L., & Ntoumanis, N. (2004). Dimensions of Coaching Behavior, need satisfaction, and the psychological and physical welfare of young athletes. *Motivation and Emotion*, 28(3), 297-313.
- Rothman, A. J., Baldwin, A. S., Hertel, A. W., & Fuglestad, P. T. (2011). Self-regulation and behavioral change: Disentangling behavioral initiation and behavioral maintenance. Dans Baumeister, R. F. & Vohs K. D. (Éds), *Handbook of self-regulation: Research, theory, and applications* (2e éd.) (pp. 106-122). New York, New York: Guilford Press.
- Russell, K., & Bray, S. (2010). Promoting self-determination for exercise in cardiac rehabilitation: The role of autonomy support. *Rehabilitation Psychology*. 55(1), 74-80.
- Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2000a). The darker and brighter sides of human existence: Basic psychological needs as a unifying concept. *Psychological Inquiry*, 11(4), 319-338.
- Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2000b). Intrinsic and extrinsic motivations: Classic definitions and new directions. *Contemporary Educational Psychology*, 25(1), 54-67.

- Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2000c). Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development, and well-being. *American Psychologist*, *55*, 68-78.
- Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2006). Self-regulation and the problem of human autonomy: does psychology need choice, self-determination, and will? *Journal of Personality*, *74*(6), 1557-1585.
- Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2008). A self-determination theory approach to psychotherapy: the motivational basis for effective change. *Canadian Psychology*, *49*(3), 186-193.
- Ryan, R. M., Plant, R. W., & O'Malley, S. (1995). Initial motivations for alcohol treatment: Relations with patient characteristics, treatment involvement, and dropout. *Addictive Behaviors*, *20*, 279-297.
- Ryan, R. M., Lynch, M. F., Vansteenkiste, M., & Deci, E. L. (2011). Motivation and autonomy in counseling psychotherapy and behavior changes: A look at theory and practice. *The Counseling Psychologist*, *39*(2), 193-260.
- Shadish, W. R., Navarro, A. M., Matt, G. E., & Phillips, G. (2000). The effects of psychological therapies under clinical representative conditions: A meta-analysis. *Psychological Bulletin*, *126*(4), 512-529.
- Sheldon, K. M., Elliot, A. J., Kim, Y., & Kasser, T. (2001). What is satisfying about satisfying events? Testing 10 candidate psychological needs. *Journal of Personality and Social Psychology*, *80*, 325-339.
- Sheldon, K. M., Williams, G., & Joiner, T. (2003). *Self-determination theory in the clinic: Motivating physical and mental health*. New Haven : Yale University Press.
- Sifneos, P. E. (1971). Changes in patients' motivation for psychotherapy. *American Journal of Psychiatry*, *128*(6), 718-721.
- Simard, V. (2005). *Relations entre les comportements interpersonnels du psychothérapeute, la motivation des clients face à la thérapie et leur santé mentale*. Mémoire de maîtrise inédit, Université du Québec à Trois-Rivières.
- Simoneau, H. L. N., & Bergeron, J. (2003). Factors affecting motivation during the first six weeks of treatment. *Addictive Behaviors*, *28*(7), 1219-1241.
- Slovinec D'Angelo, M., Reid, R. D., & Pelletier, L. G. (2007). A model for exercise behavior change regulation in patients with heart disease. *Journal of Sport and Exercise Psychology*, *29*, 208-224.

- Vallerand, R. J. (1997). Toward a hierarchical model of intrinsic and extrinsic motivation. Dans M. P. Zanna (Éd.), *Advances in experimental social psychology* (pp. 271-359). New York: Academic Press.
- Vallerand, R. J. (2000). Deci and Ryan's self-determination theory: A view from the hierarchical model of intrinsic and extrinsic motivation. *Psychological Inquiry*, *11*(4), 312-318.
- Vallerand, R. J., & Reid, G. (1984). On the causal effects of perceived competence on intrinsic motivation: A test of cognitive evaluation theory. *Journal of Sport Psychology*, *6*(1), 94-102.
- Vansteenkiste, M., Sierens, E., Soenens, B., Luyckx, K., & Lens, W. (2009). Motivational profiles from a self-determination perspective: The quality of motivation matters. *Journal of Educational Psychology*, *101*(3), 671-688.
- Vansteenkiste, M., Simons, J., Lens, W., Sheldon, K. M., & Deci, E. L. (2004). Motivating learning, performance, and persistence: The synergistic effects of intrinsic goal contents and autonomy-supportive contexts. *Journal of Personality and Social Psychology*, *87*(2), 246-260.
- Vansteenkiste, M., Soenens, B., & Vandereycken, W. (2005). Motivation to change in eating disorder patients: A conceptual clarification on the basis of self-determination theory. *International Journal of Eating Disorders*, *37*(3), 207-219.
- Vermeersch, D. A., Whipple, J. L., Lambert, M. J., Hawkins, E. J., Burchfield, C. M., & Okiishi, J. C. (2004). Outcome Questionnaire: Is it sensitive to changes in counseling center clients? *Journal of Counseling Psychology*, *51*(1), 38-49.
- Ward, A., Wood, B., & Awal, M. (2013). A naturalistic psychodynamic psychotherapy study: Evaluating outcome with patient perspective. *British Journal of Psychotherapy*, *29*, (3), 292-314.
- Weiner, B. (1985). An attributional theory of achievement motivation and emotion. *Psychological Review*, *92*, 548-573.
- Wild, T. C., Cunningham, J., & Ryan, R. M. (2006). Social pressure, coercion, and client engagement at treatment entry: A self-determination theory perspective. *Addictive Behaviors*, *31*, 1858-1872.
- Williams, G. C., Freedman, Z. R., & Deci, E. L. (1998). Supporting autonomy to motivate patients with diabetes for glucose control. *Diabetes Care*, *21*(10), 1644-1651.

- Williams, G. C., Grow, V. M., Freedman, Z. R., Ryan, R. M., & Deci, E. L. (1996). Motivational predictors of weight-loss and weight-loss maintenance. *Journal of Personality and Social Psychology*, *70*, 115-126.
- Williams, G. C., McGregor, H. A., Sharp, D., Levesque, C., Kouides, R. W., Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2006). Testing a Self-Determination Theory intervention for motivating tobacco cessation: supporting autonomy and competence in a clinical trial. *Health Psychology*, *25*(1), 91-101.
- Williams, G. C., McGregor, H. A., Zeldman, A., Freedman, Z. R., & Deci, E. L. (2004). Testing a self-determination theory process model for promoting glycemic control through diabetes self-management. *Health Psychology*, *23*(1), 58-66.
- Williams, G. C., Minicucci, D. S., Kouides, R. W., Levesque, C. S., Chirkov, V. I., Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2002). Self-determination, smoking, diet and health. *Health Education Research*, *17*, 512-521.
- Williams, G. C., Rodin, G. C., Ryan, R. M., Grolnick, W. S., & Deci, E. L. (1998). Autonomous regulation and long-term medication adherence in adult outpatients. *Health Psychology*, *17*(3), 269-276.
- Wilshire, E. (2013). *Relation entre le soutien aux besoins d'autonomie, de compétence et d'affiliation offert par les médecins et la famille et la motivation spécifique chez des patients coronariens du Saguenay - Lac-St-Jean*. Essai de troisième cycle inédit, Université du Québec à Trois-Rivières.
- Ying Hong, J., Yau, J., Bonner, P., & Chiang, L. (2011). The role of perceived parental autonomy support in academic achievement of asian and latino american adolescents. *Electronic Journal of Research in Educational Psychology*, *9*(2), 497-522.
- Zhao, L., Lu Y., Wang, B., & Huang, W. (2011). What makes them happy and curious online? An empirical study on high school students' Internet use from a self-determination theory perspective. *Computers & Education*, *56*, 346-356.
- Zeldman, A., Ryan, R. M., & Fiscella, K. (2004). Motivation, autonomy support, and entity beliefs: Their role in methadone maintenance treatment. *Journal of Social & Clinical Psychology*, *23*(5), 675-696.
- Zuroff, D., Koestner, D., Moskowitz, D., McBride, C., Marshall, M., & Bagby, M. (2007). Autonomous motivation for therapy: A new common factor in brief treatments for depression. *Psychotherapy Research*, *17*(2), 137-148.

Appendice A
Consentements et directives

CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ DU THÉRAPEUTE

J'ai lu la description de l'étude réalisée à l'Université du Québec à Chicoutimi sous la direction des professeurs Gilles Lalande et Claudie Émond, visant à évaluer l'efficacité de suivis thérapeutiques et l'influence de certains facteurs sur cette efficacité. Je suis conscient que le questionnaire inclut certaines questions concernant votre perception du thérapeute, donc de moi, et j'accepte que vous complétiez ce questionnaire.

De plus, je vous assure que votre décision de compléter ou non le questionnaire ne relève que de vous et que vous ne serez d'aucune façon pénalisé pour votre décision.

Vos réponses sont confidentielles et anonymes. Je ne verrai jamais vos réponses. Seuls les principaux chercheurs auront accès à vos réponses pour les intégrer dans des banques de données anonymes.

Signature du thérapeute

Signature du chercheur

Date

DIRECTIVES AUX CLIENTS
(à lire avant de distribuer le questionnaire)

Une étude en psychologie est présentement réalisée par des chercheurs de l'Université du Québec à Chicoutimi. Ils s'intéressent à certains facteurs qui peuvent affecter l'efficacité de processus thérapeutiques, notamment les motifs de consultation et la relation thérapeutique. Dans le cadre de cette étude, les chercheurs ont besoin que des personnes comme vous complètent un questionnaire. Les questions traitent essentiellement de vos pensées et de vos sentiments en regard de votre expérience de la thérapie. On m'a demandé de vous distribuer ce questionnaire que vous pouvez compléter sur place ou à la maison. Quand vous remplissez le questionnaire, il est très important que vous le fassiez dans un endroit tranquille où vous ne serez pas interrompu. Lorsque vous aurez rempli le formulaire de consentement et complété le questionnaire, nous vous demandons de les placer dans l'enveloppe pré-adressée ci-jointe et de l'envoyer par la poste (port prépayé).

Vous devez savoir que votre décision de compléter le questionnaire ne relève que de vous et qu'elle n'affectera en rien notre relation thérapeutique. En d'autres mots, vous avez le choix de participer ou non à cette recherche et vous ne serez d'aucune façon pénalisé pour votre décision. Vos réponses sont totalement confidentielles et anonymes. Nulle part dans le questionnaire vous n'aurez à indiquer votre nom. De plus, seuls les principaux chercheurs auront accès à vos réponses. Moi je ne les verrai jamais.

Vous trouverez des directives spécifiques avec le questionnaire de même que les noms et coordonnées des principaux chercheurs, si vous avez besoin d'entrer en contact avec eux pour des questions en rapport avec l'étude.

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT À LA RECHERCHE

TITRE DU PROJET : Évaluation de l'efficacité thérapeutique et de ses déterminants auprès d'une clientèle adulte en clinique externe.

CHERCHEURS PRINCIPAUX : Gilles Lalande, Ph.D. et Claudie Émond, Ph.D., UQAC

CHERCHEUR(S) ASSISTANTS(S) : Hélène Larouche, M.Ps., étudiante au doctorat en psychologie, UQAC
Sophie Lizotte, M.Ps., étudiante au doctorat en psychologie, UQAC

Vous êtes invité à participer à un projet de recherche. Le présent document vous renseigne sur les modalités de ce projet de recherche. S'il y a des mots ou des choses que vous ne comprenez pas, n'hésitez pas à poser des questions. Pour participer à ce projet de recherche, vous devrez signer les deux copies du formulaire de consentement à la fin de ce document et en conserver une copie pour vos dossiers et remettre l'autre.

INFORMATIONS

Pour toute demande d'information, vous pouvez rejoindre les chercheurs responsables, monsieur Gilles Lalande, Ph.D., au (418) 545-5011 poste 5373 ou madame Claudie Émond, Ph.D., au (418) 545-5011 poste 5357.

INTRODUCTION

Nous vous proposons de participer à un projet de recherche qui s'adresse à des adultes qui entreprennent un suivi psychothérapeutique.

Cette étude a pour but de vérifier l'efficacité de suivis thérapeutiques de personnes adultes qui consultent en cliniques externes. La recherche vise aussi à mieux comprendre les facteurs reliés à l'efficacité thérapeutique. Cette étude durera deux ans et 200 personnes y participeront.

DÉROULEMENT DE L'ÉTUDE

Nature et durée d'implication

Votre thérapeute vous présente un résumé de l'étude ainsi que la nature et les exigences de participation.

Si vous acceptez de participer à cette étude, vous aurez à compléter 3 questionnaires et à les retourner, soit dans des boîtes fermées à clé prévues à cette fin là dans le milieu où vous consultez, soit par la poste. Le temps requis pour chacun des questionnaires est d'environ 10 minutes. Les questionnaires devront être complétés après la première entrevue, après la troisième et à la fin du processus.

Les questionnaires incluent des questions sur les thèmes suivants : « Informations générales », « Motivation face à la thérapie », « Efficacité thérapeutique », « Alliance thérapeutique », « Comportements du thérapeute », « Satisfaction face à la thérapie ».

Destruction des données

Tous les questionnaires recueillis seront détruits au plus tard cinq ans après la fin de la cueillette de données.

RISQUES ET EFFETS INDÉSIRABLES

Les risques associés au fait de répondre aux questionnaires sont minimes. Si certaines questions soulevaient des préoccupations ou des inconforts, il est vous est recommandé d'en parler avec votre thérapeute.

AVANTAGES POSSIBLES

Même si vous ne retirerez possiblement aucun bénéfice de votre participation à cette étude, nous espérons que les résultats qui en découleront nous permettront de faire avancer nos connaissances dans le domaine et à rendre les suivis psychologiques plus efficaces.

PARTICIPATION VOLONTAIRE ET RETRAIT DE L'ÉTUDE

Votre participation à cette étude est tout à fait volontaire. Vous avez le droit de refuser d'y participer ou de vous en retirer en tout temps, une fois l'étude commencée. Votre décision de cesser votre participation à l'étude ne vous causera aucun préjudice et vous continuerez à recevoir les meilleurs services disponibles là où vous consultez.

COMPENSATIONS ET INDEMNISATION

Vous ne serez pas rémunéré pour participer à cette étude.

CONFIDENTIALITÉ

Vos réponses à ce questionnaire sont anonymes et confidentielles. Nulle part dans le questionnaire vous n'aurez à indiquer votre nom, de façon à assurer la confidentialité de vos réponses. Personne, incluant votre thérapeute, n'aura accès à vos réponses. Le formulaire de consentement requis pour participer à la recherche n'est pas attaché au questionnaire. De plus, il sera classé séparément du questionnaire et conservé sous clé pour garantir que l'identité des répondants demeure confidentielle.

Les renseignements personnels et cliniques recueillis durant l'étude seront dénominalisées (c'est-à-dire que votre nom ne sera pas mentionné) et codés (votre nom sera remplacé par un code : lettre et/ou chiffres) et conservés sous clef dans le laboratoire de psychologie clinique des chercheurs de l'UQAC. Seuls les membres de l'équipe de recherche y auront accès. Tous les résultats demeureront confidentiels et si les résultats de l'étude sont publiés, il n'y aura aucun moyen de vous identifier.

PERSONNES RESSOURCES

Pour toute demande d'information, vous pouvez rejoindre les chercheurs responsables, monsieur Gilles Lalande, Ph.D., au (418) 545-5011 poste 5373 ou madame Claudie Émond, Ph.D., au (418) 545-5011 poste 5357.

Cette recherche a été approuvée par le Comité d'éthique de la recherche de l'Université du Québec à Chicoutimi. Pour toutes questions reliées à l'éthique et concernant le fonctionnement et les conditions dans lesquelles se déroule votre participation à ce projet, vous pouvez communiquer avec le Président du Comité, monsieur Jean-Pierre Béland, 555, boul. de l'Université, Chicoutimi (Québec) G7H 2B1, au numéro de téléphone (418) 545-5011 poste 5219.

Rapport-Gratuit.com

CONSENTEMENT DU PARTICIPANT / DE LA PARTICIPANTE

Je, soussigné(e), déclare que :

Je comprends la nature et le déroulement de l'étude décrite ci-dessus et que la possibilité d'obtenir des informations additionnelles m'a été offerte.

Je comprends que je conserverai une copie de ce formulaire de consentement signé et daté.

Je comprends que :

Ma participation à cette étude est entièrement volontaire et je peux refuser maintenant ou en tout temps d'y participer, sans que cela n'affecte les services auxquels j'ai droit.

Par la présente, je confirme ma participation à ce projet de recherche :

Nom du participant(e)

Signature du participant(e)

Date

Nom du chercheur

Signature du chercheur

Date

--	--	--	--	--

Appendice B
Questionnaires T1, T2 et T3

DIRECTIVES À LIRE AVANT DE COMPLÉTER LE QUESTIONNAIRE

Une étude est présentement en cours à l'Université du Québec à Chicoutimi et a pour objectif de mieux comprendre l'influence de certains facteurs sur l'efficacité de processus psychothérapeutiques, notamment la relation thérapeutique et les motifs de consultation. Votre participation à cette recherche nous serait précieuse afin de nous permettre d'atteindre nos objectifs.

Votre participation requiert que vous complétiez l'ensemble du questionnaire dans un endroit tranquille où vous ne serez pas interrompu. Répondre à ce premier questionnaire ne devrait pas prendre plus de 10 minutes. Lorsque vous répondrez aux questions, nous vous demandons de le faire le plus honnêtement et le plus précisément possible. Il est important de se rappeler qu'il n'y a pas de bonnes ou mauvaises réponses, nous nous intéressons seulement à vos opinions personnelles et honnêtes. De plus, nous vous encourageons à ne laisser aucun item sans réponse, mais plutôt à choisir la réponse qui décrit le mieux vos pensées et sentiments en rapport avec cet item.

Lorsque vous aurez rempli le formulaire de consentement et complété le questionnaire, nous vous demandons de les placer dans l'enveloppe pré-adressée ci-jointe et de l'envoyer par la poste (port prépayé). Pour tout autre renseignement, vous pouvez nous contacter par téléphone au (418) 545-5011, poste 4313. De plus, si le fait de répondre au questionnaire suscite des pensées ou sentiments troublants, nous vous suggérons fortement d'en parler à votre thérapeute.

Gilles Lalande, Ph.D.

Claudie Émond, Ph.D.

Université du Québec à Chicoutimi
Département des sciences de l'éducation et de psychologie
555, boul. de l'Université
Chicoutimi, Québec
G7H 2B1

INFORMATIONS GÉNÉRALES

Date d'aujourd'hui : _____ / _____ / _____
Jour Mois Année

1. Êtes-vous? (1) Femme (2) Homme

2. Âge : _____

3. Quel est votre état matrimonial actuel?
 - (1) Marié(e), y compris en union libre
 - (2) Célibataire
 - (3) Séparé(e) / Divorcé(e)
 - (4) Veuf / Veuve

4. Présentement, quelle est votre **principale** occupation? (cochez une seule réponse)
 - (1) Travail à temps plein
 - (2) Travail à temps partiel
 - (3) Chômage
 - (4) Retraite
 - (5) Études à temps plein
 - (6) Études à temps partiel
 - (7) Études à temps partiel et travail à temps partiel
 - (8) À la maison (entretien de la maison et/ou soins des enfants)
 - (9) Autre, précisez _____

5. Quel est votre plus haut niveau de scolarité? (cochez une seule réponse)
 - (1) Aucune scolarité
 - (2) Primaire non complété
 - (3) Primaire complété
 - (4) Secondaire non complété
 - (5) Secondaire complété
 - (6) Études collégiales non complétées
 - (7) Études collégiales complétées
 - (8) Certificat universitaire complété
 - (9) Baccalauréat universitaire non complété
 - (10) Baccalauréat universitaire complété
 - (11) Maîtrise complétée
 - (12) Doctorat complété

12. Payez-vous des honoraires pour la psychothérapie que vous suivez, ou ces honoraires sont-ils défrayés par une autre source?

- (1) Je paie les honoraires
 (2) Les honoraires sont défrayés par une autre source

13. Qui vous a référé en thérapie?

- (1) Moi-même
 (2) Le syndicat
 (3) Un membre de ma famille
 (4) Un collègue de travail
 (5) Mon médecin
 (6) Mon employeur ou mon superviseur
 (7) Autre : (indiquer qui) _____

POURQUOI ÊTES-VOUS PRÉSENTEMENT EN THÉRAPIE?

À l'aide de l'échelle ci-dessous, veuillez indiquer dans quelle mesure chacun des énoncés suivants correspond aux raisons pour lesquelles vous êtes présentement engagés en thérapie. Encerclez, à droite de chacun des énoncés, le chiffre correspondant le mieux à votre situation. Bien que nous sachions que les raisons pour lesquelles vous êtes en thérapie en ce moment puissent être différentes des raisons pour lesquelles vous avez entrepris la thérapie, nous voulons savoir pourquoi vous êtes en thérapie en ce moment précis.

	Ne correspond Correspond pas du tout		Correspond modérément			Correspond exactement	
	1	2	3	4	5	6	7
1. Parce que d'autres personnes pensent que c'est une bonne idée pour moi d'être en thérapie.	1	2	3	4	5	6	7
2. Honnêtement, je ne comprends vraiment pas ce que je peux retirer de la thérapie.	1	2	3	4	5	6	7
3. Pour le plaisir que je ressens lorsque je suis complètement absorbé dans une séance de thérapie.	1	2	3	4	5	6	7
4. Pour la satisfaction que j'éprouve lorsque j'essaie d'atteindre mes objectifs personnels en cours de thérapie.	1	2	3	4	5	6	7
5. Parce que je me sentirais coupable de ne rien faire pour résoudre mes problèmes.	1	2	3	4	5	6	7
6. Parce que j'aimerais apporter des changements à ma situation actuelle.	1	2	3	4	5	6	7
7. Parce que je crois que cela me permettra éventuellement de me sentir mieux.	1	2	3	4	5	6	7
8. J'ai déjà eu de bonnes raisons d'aller en thérapie, toutefois je me demande maintenant si je ne devrais pas arrêter.	1	2	3	4	5	6	7
9. Parce que je me sentirais mal face à moi-même de ne pas poursuivre la thérapie.	1	2	3	4	5	6	7

	Ne correspond		Correspond				
	pas du tout		modérément			exactement	
10. Parce que je devrais avoir une meilleure compréhension de moi-même.	1	2	3	4	5	6	7
11. Parce que mes amis pensent que je devrais être en thérapie.	1	2	3	4	5	6	7
12. Parce que je ressens du plaisir et de la satisfaction à apprendre de nouvelles choses de moi que je ne connaissais pas auparavant.	1	2	3	4	5	6	7
13. Je me demande ce que je fais en thérapie; en fait, je trouve cela ennuyant.	1	2	3	4	5	6	7
14. Je ne sais pas, je n'y ai jamais vraiment pensé auparavant.	1	2	3	4	5	6	7
15. Parce que je crois que la thérapie me permettra de mieux faire face aux événements.	1	2	3	4	5	6	7
16. Pour l'intérêt que j'ai à mieux me comprendre.	1	2	3	4	5	6	7
17. Parce qu'à travers la thérapie, j'ai pu trouver une façon privilégiée pour aborder différents aspects de ma vie.	1	2	3	4	5	6	7
18. Parce qu'à travers la thérapie, je sens que je peux maintenant prendre la responsabilité de faire des changements dans ma vie.	1	2	3	4	5	6	7
19. Parce qu'il est important pour les clients de demeurer en thérapie jusqu'à ce que ce soit terminé.	1	2	3	4	5	6	7
20. Parce que je crois que c'est une bonne chose à faire pour trouver des solutions à mes problèmes.	1	2	3	4	5	6	7
21. Pour satisfaire mes proches, qui veulent que j'obtienne de l'aide pour ma situation actuelle.	1	2	3	4	5	6	7
22. Parce que je ne veux pas contrarier mes proches qui veulent que je sois en thérapie.	1	2	3	4	5	6	7
23. Parce que je sens que les changements qui se produisent grâce à la thérapie deviennent partie intégrante de moi.	1	2	3	4	5	6	7
24. Parce que j'apprécie la façon dont la thérapie me permet de faire des changements dans ma vie.	1	2	3	4	5	6	7

MI30

Essayez de nous indiquer comment vous vous êtes senti(e) au cours des sept (7) derniers jours, y compris aujourd'hui. Lisez chaque énoncé attentivement et cochez la réponse qui décrit le mieux votre situation actuelle. Dans ce questionnaire, le travail est défini en tant qu'emploi, études, travail ménager, travail bénévole, etc.

	Jamais	Rarement	Parfois	Fréquemment	Presque toujours
1. J'ai de la difficulté à m'endormir ou à rester endormi(e).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Rien ne m'intéresse.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Jamais	Rarement	Parfois	Fréquemment	Presque toujours
3. Je me sens stressé(e) au travail <i>ou</i> à l'école.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. J'ai tendance à me blâmer.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Je suis satisfait(e) avec ma vie.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Je me sens irritable.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. J'ai des pensées suicidaires.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Je me sens faible.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Je trouve mon travail <i>ou</i> l'école satisfaisant(e).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Je me sens craintif(ve).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Le matin, je consomme de l'alcool ou de la drogue pour commencer ma journée.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Je me sens inutile.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Je suis préoccupé(e) par des problèmes familiaux.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Je me sens seul(e).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Je me dispute souvent.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. J'ai de la difficulté à me concentrer.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. J'ai perdu espoir en l'avenir.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Je suis une personne heureuse.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Des pensées troublantes, dont je ne peux pas me débarrasser, me viennent à l'esprit.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Les personnes critiquent ma consommation d'alcool ou de drogues (<i>indiquez « jamais » si cet énoncé ne s'applique pas</i>).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. J'ai des troubles de digestion.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Je ne travaille <i>ou</i> je n'étudie pas aussi bien qu'avant.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. J'ai de la difficulté à bien m'entendre avec des ami(e)s et des connaissances proches.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. J'ai de la difficulté au travail <i>ou</i> à l'école à cause de ma consommation d'alcool ou de drogues (<i>indiquez « jamais » si cet énoncé ne s'applique pas</i>).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. J'ai le sentiment que quelque chose de mauvais va se produire.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. Je me sens nerveux(se).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. Je sens que je ne réussis pas bien au travail <i>ou</i> à l'école.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. Je sens que quelque chose ne tourne pas rond dans ma tête.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29. Je me sens déprimé(e) (triste).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30. Je suis satisfait(e) de mes relations avec les autres.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

DIRECTIVES À LIRE AVANT DE COMPLÉTER LE QUESTIONNAIRE

Ce deuxième questionnaire comporte les mêmes directives que le premier, c'est-à-dire que nous vous demandons de compléter l'ensemble du questionnaire dans un endroit tranquille où vous ne serez pas interrompu. Répondre à ce deuxième questionnaire ne devrait pas prendre plus de 11 minutes. Lorsque vous répondrez aux questions, nous vous demandons de le faire le plus honnêtement et le plus précisément possible. Il est important de se rappeler qu'il n'y a pas de bonnes ou mauvaises réponses, nous nous intéressons seulement à vos opinions personnelles et honnêtes. De plus, nous vous encourageons à ne laisser aucun item sans réponse, mais plutôt à choisir la réponse qui décrit le mieux vos pensées et sentiments en rapport avec cet item.

Lorsque vous aurez complété le questionnaire, nous vous demandons de le placer dans l'enveloppe pré-adressée ci-jointe et de l'envoyer par la poste (port prépayé). Pour tout autre renseignement, vous pouvez nous contacter par téléphone au (418) 545-5011, poste 4313. De plus, si le fait de répondre au questionnaire suscite des pensées ou sentiments troublants, nous vous suggérons fortement d'en parler à votre thérapeute.

Gilles Lalande, Ph.D.

Claudie Émond, Ph.D.

Université du Québec à Chicoutimi
Département des sciences de l'éducation et de psychologie
555, boul. de l'Université
Chicoutimi, Québec
G7H 2B1

INFORMATIONS GÉNÉRALES

Date d'aujourd'hui : _____ / _____ / _____
Jour Mois Année

Date de votre troisième entrevue de thérapie : _____ / _____ / _____
Jour Mois Année

POURQUOI ÊTES-VOUS PRÉSENTEMENT EN THÉRAPIE?

À l'aide de l'échelle ci-dessous, veuillez indiquer dans quelle mesure chacun des énoncés suivants correspond aux raisons pour lesquelles vous êtes présentement engagés en thérapie. Encerclez, à droite de chacun des énoncés, le chiffre correspondant le mieux à votre situation. Bien que nous sachions que les raisons pour lesquelles vous êtes en thérapie en ce moment puissent être différentes des raisons pour lesquelles vous avez entrepris la thérapie, nous voulons savoir pourquoi vous êtes en thérapie en ce moment précis.

	Ne correspond Correspond pas du tout		Correspond modérément			Correspond exactement	
25. Parce que d'autres personnes pensent que c'est une bonne idée pour moi d'être en thérapie.	1	2	3	4	5	6	7
26. Honnêtement, je ne comprends vraiment pas ce que je peux retirer de la thérapie.	1	2	3	4	5	6	7
27. Pour le plaisir que je ressens lorsque je suis complètement absorbé dans une séance de thérapie.	1	2	3	4	5	6	7
28. Pour la satisfaction que j'éprouve lorsque j'essaie d'atteindre mes objectifs personnels en cours de thérapie.	1	2	3	4	5	6	7
29. Parce que je me sentirais coupable de ne rien faire pour résoudre mes problèmes.	1	2	3	4	5	6	7
30. Parce que j'aimerais apporter des changements à ma situation actuelle.	1	2	3	4	5	6	7
31. Parce que je crois que cela me permettra éventuellement de me sentir mieux.	1	2	3	4	5	6	7
32. J'ai déjà eu de bonnes raisons d'aller en thérapie, toutefois je me demande maintenant si je ne devrais pas arrêter.	1	2	3	4	5	6	7
33. Parce que je me sentirais mal face à moi-même de ne pas poursuivre la thérapie.	1	2	3	4	5	6	7
34. Parce que je devrais avoir une meilleure compréhension de moi-même.	1	2	3	4	5	6	7
35. Parce que mes amis pensent que je devrais être en thérapie.	1	2	3	4	5	6	7
36. Parce que je ressens du plaisir et de la satisfaction à apprendre de nouvelles choses de moi que je ne connaissais pas auparavant.	1	2	3	4	5	6	7
37. Je me demande ce que je fais en thérapie; en fait, je trouve cela ennuyant.	1	2	3	4	5	6	7

	Ne correspond Correspond pas du tout		Correspond modérément			Correspond exactement	
	1	2	3	4	5	6	7
38. Je ne sais pas, je n'y ai jamais vraiment pensé auparavant.	1	2	3	4	5	6	7
39. Parce que je crois que la thérapie me permettra de mieux faire face aux événements.	1	2	3	4	5	6	7
40. Pour l'intérêt que j'ai à mieux me comprendre.	1	2	3	4	5	6	7
41. Parce qu'à travers la thérapie, j'ai pu trouver une façon privilégiée pour aborder différents aspects de ma vie.	1	2	3	4	5	6	7
42. Parce qu'à travers la thérapie, je sens que je peux maintenant prendre la responsabilité de faire des changements dans ma vie.	1	2	3	4	5	6	7
43. Parce qu'il est important pour les clients de demeurer en thérapie jusqu'à ce que ce soit terminé.	1	2	3	4	5	6	7
44. Parce que je crois que c'est une bonne chose à faire pour trouver des solutions à mes problèmes.	1	2	3	4	5	6	7
45. Pour satisfaire mes proches, qui veulent que j'obtienne de l'aide pour ma situation actuelle.	1	2	3	4	5	6	7
46. Parce que je ne veux pas contrarier mes proches qui veulent que je sois en thérapie.	1	2	3	4	5	6	7
47. Parce que je sens que les changements qui se produisent grâce à la thérapie deviennent partie intégrante de moi.	1	2	3	4	5	6	7
48. Parce que j'apprécie la façon dont la thérapie me permet de faire des changements dans ma vie.	1	2	3	4	5	6	7

VOTRE THÉRAPEUTE (ECI)

À l'aide de l'échelle de 1 à 7 ci-dessous, veuillez indiquer à quelle fréquence votre thérapeute se comporte comme ce qui est décrit dans les énoncés qui suivent en encerclant le chiffre approprié à la droite de chaque énoncé.

	Jamais		Assez Souvent			Toujours	
	1	2	3	4	5	6	7
1. Je sens que mon/ma thérapeute se soucie vraiment de moi.	1	2	3	4	5	6	7
2. Mon/ma thérapeute se soucie peu que je réussisse ou que j'échoue.	1	2	3	4	5	6	7
3. Lorsque je demande à mon/ma thérapeute de l'aide pour solutionner un problème, il/elle me demande mon avis avant de me donner le sien.	1	2	3	4	5	6	7
4. Le feedback que je reçois de mon/ma thérapeute me fait sentir incertain/e de mes capacités.	1	2	3	4	5	6	7
5. Mon/ma thérapeute m'encourage à être moi-même.	1	2	3	4	5	6	7
6. Je sens que mon/ma thérapeute apprécie vraiment passer du temps avec moi.	1	2	3	4	5	6	7

	Jamais		Assez Souvent			Toujours	
7. Le feedback que je reçois de mon/ma thérapeute représente des critiques inutiles.	1	2	3	4	5	6	7
8. Mon/ma thérapeute semble être sincèrement intéressé(e) par ce que je fais.	1	2	3	4	5	6	7
9. Mon/ma thérapeute me parle uniquement de mes erreurs.	1	2	3	4	5	6	7
10. Mon/ma thérapeute me donne plusieurs opportunités de prendre mes propres décisions dans ce que je fais.	1	2	3	4	5	6	7
11. Mon/ma thérapeute m'envoie le message que je ne suis pas à la hauteur.	1	2	3	4	5	6	7
12. Mon/ma thérapeute considère ouvertement mes pensées et mes sentiments bien qu'ils soient différents des siens.	1	2	3	4	5	6	7

CALPAS

Voici une liste de questions qui décrivent les attitudes que les participants pourraient avoir à l'égard de leur thérapie ou de leur thérapeute. Réfléchissez aux séances auxquelles vous avez participé et indiquez, en fonction de votre attitude, le degré de pertinence de chacune des questions présentées. Veuillez encercler le chiffre correspondant à votre choix et répondre à toutes les questions.

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

	Pas du tout	Un peu	Quelque peu	Passablement	Plutôt	Assez	Beaucoup
1. Avez-vous été tenté de mettre fin à la thérapie lorsque vous étiez fâché(e) ou 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 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
6. 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

	Pas du tout	Un peu	Quelque peu	Passablement	Plutôt	Assez	Beaucoup
7. Jusqu'à quel point avez-vous retenu vos sentiments durant cette séance?	1	2	3	4	5	6	7
8. Avez-vous trouvé les commentaires de votre thérapeute non aidants, c'est-à-dire portant à confusion, non à propos ou ne s'appliquant pas à vous?	1	2	3	4	5	6	7
9. 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
10. 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
11. 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
12. Au cours de la séance, 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
13. 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
14. Jusqu'à quel point vous êtes vous senti(e) contrarié(e) par les investissements en temps, en argent ou autres inhérents à votre thérapie?	1	2	3	4	5	6	7
15. Avez-vous eu l'impression que votre thérapeute comprenait ce que vous désiriez obtenir de cette séance?	1	2	3	4	5	6	7
16. Au cours de cette séance, 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
17. 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
18. Est-ce que le traitement que vous avez reçu au cours de cette séance correspond à vos idées à propos de ce qui aide les gens en thérapie?	1	2	3	4	5	6	7
19. 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 vouliez?	1	2	3	4	5	6	7

	Pas du tout	Un peu	Quelque peu	Passa- blement	Plutôt	Assez	Beaucoup
20. 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
21. Aviez-vous l'impression d'être incapable d'approfondir votre compréhension de ce qui vous dérange?	1	2	3	4	5	6	7
22. Jusqu'à quel point étiez-vous en désaccord avec votre thérapeute sur les points les plus importants à travailler au cours de cette séance?	1	2	3	4	5	6	7
23. 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

DIRECTIVES À LIRE AVANT DE COMPLÉTER LE QUESTIONNAIRE

Ce dernier questionnaire comporte les mêmes directives que les deux premiers, c'est-à-dire que nous vous demandons de compléter l'ensemble du questionnaire dans un endroit tranquille où vous ne serez pas interrompu. Répondre à ce troisième et dernier questionnaire ne devrait pas prendre plus de 5 minutes. Lorsque vous répondrez aux questions, nous vous demandons de le faire le plus honnêtement et le plus précisément possible. Il est important de se rappeler qu'il n'y a pas de bonnes ou mauvaises réponses, nous nous intéressons seulement à vos opinions personnelles et honnêtes. De plus, nous vous encourageons à ne laisser aucun item sans réponse, mais plutôt à choisir la réponse qui décrit le mieux vos pensées et sentiments en rapport avec cet item.

Lorsque vous aurez complété le questionnaire, nous vous demandons de le placer dans l'enveloppe pré-adressée ci-jointe et de l'envoyer par la poste (port prépayé). Pour tout autre renseignement, vous pouvez nous contacter par téléphone au (418) 545-5011, poste 4313. De plus, si le fait de répondre au questionnaire suscite des pensées ou sentiments troublants, nous vous suggérons fortement d'en parler à votre thérapeute.

Gilles Lalande, Ph.D.

Claudie Émond, Ph.D.

Université du Québec à Chicoutimi
Département des sciences de l'éducation et de psychologie
555, boul. de l'Université
Chicoutimi, Québec
G7H 2B1

INFORMATIONS GÉNÉRALES

Date d'aujourd'hui : _____ / _____ / _____
Jour Mois Année

Date de la dernière entrevue de thérapie : _____ / _____ / _____
Jour Mois Année

14. Combien avez-vous eu de séances avec votre thérapeute actuel, s.v.p. l'indiquer : _____ séances.
15. À quelle fréquence avez-vous rencontré votre thérapeute actuel? (par exemple, une fois par semaine, une fois aux deux semaines)? _____
16. Estimez le pourcentage de séances de thérapie où vous avez été présent(e) : _____ %.
17. Avez-vous rencontré des difficultés particulières à voir votre thérapeute? (par exemple, lieu de rencontre, horaire, etc.)?
 (1) Oui
 (2) Non
18. Depuis le début de vos consultations en psychothérapie avez-vous vécu un(des) événement(s) stressant(s) (décès d'un proche, perte de travail, séparation, naissance, etc.)?
 (1) Non
 (2) Oui : Si oui, précisez les événements que vous avez vécus.

SATISFACTION

À l'aide de l'échelle de 1 à 4 ci-dessous, veuillez indiquer votre degré de satisfaction par rapport aux services psychologiques que vous avez reçus de votre thérapeute actuel en encerclant le chiffre approprié à la droite de chaque question. Nous aimerions que vous répondiez le plus honnêtement possible, peu importe que ce soit positif ou négatif. Ces informations sont confidentielles et ne seront jamais transmises à votre thérapeute.

1. Comment évalueriez-vous la qualité des services que vous avez reçus?

Excellente 4	Bonne 3	Passable 2	Pauvre 1
-----------------	------------	---------------	-------------

2. Avez-vous reçu le genre de service que vous souhaitiez recevoir?

Non, pas du tout 1	Non, pas vraiment 2	Oui, généralement 3	Oui, tout à fait 4
-----------------------	------------------------	------------------------	-----------------------

3. Dans quelle mesure la thérapie que vous venez de terminer a-t-elle rencontré vos besoins?

Presque tous mes besoins ont été rencontrés 4	La plupart de mes besoins ont été rencontrés 3	Seulement une partie de mes besoins ont été rencontrés 2	Aucun de mes besoins n'a été rencontré 1
--	--	---	--

4. Si un ami avait besoin d'une aide semblable à la vôtre, lui recommanderiez-vous votre thérapeute?

Non, pas du tout 1	Non, je ne crois pas 2	Oui, je crois 3	Oui, tout à fait 4
-----------------------	---------------------------	--------------------	-----------------------

5. Dans quelle mesure êtes-vous satisfait de l'aide que vous avez reçue?

Très insatisfait 1	Indifférent ou moyennement insatisfait 2	Plutôt satisfait 3	Très satisfait 4
-----------------------	--	-----------------------	---------------------

6. Est-ce que les services que vous avez reçus vous aident à faire face plus efficacement à vos problèmes?

Oui, cela m'aide beaucoup 4	Oui, cela m'aide un peu 3	Non, cela ne m'aide pas du tout 2	Non, cela semble empirer les choses 1
-----------------------------------	------------------------------	---	---

7. Dans l'ensemble, êtes-vous satisfait des services que vous avez reçus?

Très satisfait 4	Plutôt satisfait 3	Indifférent ou moyennement insatisfait 2	Très insatisfait 1
---------------------	-----------------------	--	-----------------------

8. Si vous aviez à redemander de l'aide, reviendriez-vous consulter le même thérapeute?

Non, pas du tout 1	Non, je ne crois pas 2	Oui, je crois 3	Oui, tout à fait 4
-----------------------	---------------------------	--------------------	-----------------------

MI30

Essayez de nous indiquer comment vous vous êtes senti(e) au cours des sept (7) derniers jours, y compris aujourd'hui. Lisez chaque énoncé attentivement et cochez la réponse qui décrit le mieux votre situation actuelle. Dans ce questionnaire, le travail est défini en tant qu'emploi, études, travail ménager, travail bénévole, etc.

	Jamais	Rarement	Parfois	Fréquemment	Presque toujours
31. J'ai de la difficulté à m'endormir ou à rester endormi(e).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32. Rien ne m'intéresse.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33. Je me sens stressé(e) au travail <i>ou</i> à l'école.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34. J'ai tendance à me blâmer.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35. Je suis satisfait(e) avec ma vie.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
36. Je me sens irritable.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
37. J'ai des pensées suicidaires.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
38. Je me sens faible.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
39. Je trouve mon travail <i>ou</i> l'école satisfaisant(e).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
40. Je me sens craintif(ve).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
41. Le matin, je consomme de l'alcool ou de la drogue pour commencer ma journée.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
42. Je me sens inutile.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
43. Je suis préoccupé(e) par des problèmes familiaux.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
44. Je me sens seul(e).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
45. Je me dispute souvent.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
46. J'ai de la difficulté à me concentrer.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
47. J'ai perdu espoir en l'avenir.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
48. Je suis une personne heureuse.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
49. Des pensées troublantes, dont je ne peux pas me débarrasser, me viennent à l'esprit.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
50. Les personnes critiquent ma consommation d'alcool ou de drogues (<i>indiquez « jamais » si cet énoncé ne s'applique pas</i>).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
51. J'ai des troubles de digestion.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
52. Je ne travaille <i>ou</i> je n'étudie pas aussi bien qu'avant.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
53. J'ai de la difficulté à bien m'entendre avec des ami(e)s et des connaissances proches.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
54. J'ai de la difficulté au travail <i>ou</i> à l'école à cause de ma consommation d'alcool ou de drogues (<i>indiquez « jamais » si cet énoncé ne s'applique pas</i>).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Jamais	Rarement	Parfois	Fréquem- ment	Presque toujours
55. J'ai le sentiment que quelque chose de mauvais va se produire.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
56. Je me sens nerveux(se).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
57. Je sens que je ne réussis pas bien au travail <i>ou</i> à l'école.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
58. Je sens que quelque chose ne tourne pas rond dans ma tête.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
59. Je me sens déprimé(e) (triste).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
60. Je suis satisfait(e) de mes relations avec les autres.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>