

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC

MÉMOIRE

PRÉSENTÉ À

L'UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À CHICOUTIMI

COMME EXIGENCE PARTIELLE

DE LA MAÎTRISE EN PSYCHOLOGIE

OFFERTE À

L'UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À CHICOUTIMI

EN VERTU D'UN PROTOCOLE D'ENTENTE

AVEC L'UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES

PAR

VIRGINIE SIMARD

RELATIONS ENTRE LES COMPORTEMENTS INTERPERSONNELS DU

PSYCHOTHÉRAPEUTE, LA MOTIVATION DES CLIENTS FACE À LA

THÉRAPIE ET LEUR SANTÉ MENTALE

DÉCEMBRE 2005



Mise en garde/Advice

Afin de rendre accessible au plus grand nombre le résultat des travaux de recherche menés par ses étudiants gradués et dans l'esprit des règles qui régissent le dépôt et la diffusion des mémoires et thèses produits dans cette Institution, **l'Université du Québec à Chicoutimi (UQAC)** est fière de rendre accessible une version complète et gratuite de cette œuvre.

Motivated by a desire to make the results of its graduate students' research accessible to all, and in accordance with the rules governing the acceptance and diffusion of dissertations and theses in this Institution, the **Université du Québec à Chicoutimi (UQAC)** is proud to make a complete version of this work available at no cost to the reader.

L'auteur conserve néanmoins la propriété du droit d'auteur qui protège ce mémoire ou cette thèse. Ni le mémoire ou la thèse ni des extraits substantiels de ceux-ci ne peuvent être imprimés ou autrement reproduits sans son autorisation.

The author retains ownership of the copyright of this dissertation or thesis. Neither the dissertation or thesis, nor substantial extracts from it, may be printed or otherwise reproduced without the author's permission.

Sommaire

Les problématiques reliées à la santé mentale représentent un enjeu important autant sur le plan collectif qu'individuel. La santé mentale a beaucoup été étudiée sur deux niveaux différents, celui de la détresse psychologique ainsi que du bien-être psychologique (Labelle et al., 2001; Veit & Ware, 1983). La théorie de l'autodétermination (Deci & Ryan, 1985; 2002) peut aider à comprendre certaines variables en jeu en ce qui a trait aux résultats de la thérapie lorsque les personnes prises avec un problème de santé mentale consultent pour améliorer leur situation. La présente étude a pour objectif d'examiner les relations entre les comportements interpersonnels provenant du thérapeute reliés au soutien à l'autonomie, à la compétence et à l'appartenance, la motivation du client face à la thérapie et sa santé mentale. Au total, 88 adultes engagés dans un processus thérapeutique âgés entre 18 et 64 ans ont répondu à un questionnaire écrit visant à mesurer la motivation face à la thérapie, la perception des comportements interpersonnels du thérapeute et la santé mentale incluant des mesures de détresse et de bien-être psychologique. Des analyses de régressions hiérarchiques ont été effectuées afin de vérifier un modèle de médiation incluant le soutien à l'autonomie, à la compétence et à l'appartenance, la motivation face à la thérapie et des indicateurs de santé mentale. Les résultats révèlent, que des trois comportements interpersonnels, seul le soutien à l'autonomie permet de soutenir le modèle de médiation de la motivation avec certains indices de santé mentale. En effet, il a été démontré qu'un fort soutien à l'autonomie perçu par les clients est lié à une plus faible motivation non-autodéterminée, à une plus faible amotivation ou à une plus faible motivation extrinsèque à régulation externe, lesquels types de motivation sont liés à des indicateurs de bien-être psychologique plus

élevés. Ces résultats obtenus auprès d'une population clinique apportent un soutien empirique à la théorie de l'autodétermination et s'appliquent au contexte encore peu étudié qu'est la psychothérapie.

Table des matières

	Page
Sommaire	ii
Table des matières	iv
Liste des tableaux	vi
Liste des figures	vii
Remerciements	viii
INTRODUCTION	I
CONTEXTE THÉORIQUE	4
Santé mentale	5
Définition de la santé mentale	5
Prévalences de la santé mentale	8
Théorie de l'autodétermination	11
Besoins psychologiques	12
L'autonomie	12
La compétence	14
L'appartenance	14
Relation entre la satisfaction des trois besoins psychologiques et le bien-être	15
Motivation	19
Soutien des besoins psychologiques de base	21
Théorie de l'autodétermination en différents contextes	26
Contextes non-cliniques	26
Contextes cliniques	29
Théorie de l'autodétermination et psychothérapie	32
Hypothèses de recherche	40
MÉTHODE	42
Participants	43
Instruments de mesure	43
Plan de l'expérience	51
Déroulement	52

RÉSULTATS	54
Présentation des analyses statistiques	55
Analyses préliminaires	56
Caractéristiques sociodémographiques des participants	56
Caractéristiques liées au contexte psychothérapeutique	58
Vérification des hypothèses de recherche	62
Modèle de médiation	63
DISCUSSION	77
Bref rappel des objectifs et résultats de la recherche	78
Analyses des résultats relatifs aux hypothèses de recherche	80
Effet médiateur de la motivation entre le soutien à l'autonomie et les indicateurs de santé mentale	80
Effet médiateur de la motivation entre le soutien à la compétence et les indicateurs de santé mentale	86
Effet médiateur de la motivation entre le soutien à l'appartenance et les indicateurs de santé mentale	89
Impllications théoriques et pratiques	92
Forces et limites de la recherche	94
Pistes de recherches futures	97
CONCLUSION.....	100
RÉFÉRENCES	103
APPENDICE A : Certificat de déontologie	116
APPENDICE B : Formulaire de consentement des participants	118
APPENDICE C : Directives pour compléter le questionnaire	120
APPENDICE D : Questionnaire	123
APPENDICE E : Questionnaire d'informations générales	138
APPENDICE F : Feuille de directives des thérapeutes	142
APPENDICE G : Formulaire de consentement des thérapeutes	144
APPENDICE H : Moyennes des variables	146
APPENDICE I : Matrice de corrélations	148
APPENDICE J : Moyennes des motivations	161

Liste des tableaux

Tableau 1 : Caractéristiques sociodémographiques des participants	57
Tableau 2 : Caractéristiques du contexte psychothérapeutique	59
Tableau 3 : Coefficients de régression (beta) sur les sous-échelles de la motivation en fonction des variables indépendantes soutien à l'autonomie, à la compétence et à l'appartenance	65
Tableau 4 : Coefficients de régression (beta) sur les indices de santé mentale en fonction des variables indépendantes soutien à l'autonomie, à la compétence et à l'appartenance	67

Liste des figures

Figure 1 : Modèle de médiation entre le soutien à l'autonomie, l'ouverture à l'expérience et la motivation non-autodéterminée	69
Figure 2 : Modèle de médiation entre le soutien à l'autonomie, l'ouverture aux autres et la motivation non-autodéterminée	70
Figure 3 : Modèle de médiation entre le soutien à l'autonomie, le sens à la vie et la motivation non-autodéterminée	71
Figure 4 : Modèle de médiation entre le soutien à l'autonomie, l'ouverture à l'expérience et l'amotivation	72
Figure 5 : Modèle de médiation entre le soutien à l'autonomie, l'ouverture aux autres et l'amotivation	73
Figure 6 : Modèle de médiation entre le soutien à l'autonomie, le sens à la vie et l'amotivation	74
Figure 7 : Modèle de médiation entre le soutien à l'autonomie, le sens à la vie et la motivation extrinsèque à régulation externe	75

Remerciements

Je tiens d'abord à remercier grandement ma directrice de recherche, madame Claudie Émond Ph.D.. Grâce à son aide et à ses judicieux conseils, la réalisation de ce projet a été possible. Merci pour son temps et sa présence. Je tiens à remercier les autres membres de l'équipe de recherche pour leur participation et leur collaboration.

Je remercie tous les thérapeutes des milieux divers qui ont bien voulu s'intéresser au projet et s'impliquer pour la collecte de données. Leur coopération a été très appréciée.

Je remercie également madame Audrey Brassard pour sa précieuse aide lors des analyses statistiques. Merci à monsieur Luc Pelletier Ph.D. pour ses conseils. Un remerciement tout spécial à Virginie Savard pour son aide apportée au niveau linguistique ainsi que pour son amitié.

Merci enfin à ceux qui m'entourent, dont mes parents et particulièrement Alexandre pour leur soutien, leur patience et leur compréhension.

Introduction

Le bien-être psychologique est un aspect que les personnes des pays industrialisés recherchent de plus en plus. Les personnes s'engagent dans une psychothérapie afin de faire face plus efficacement aux difficultés personnelles qu'elles présentent. Plusieurs études ont été réalisées sur l'efficacité des traitements psychologiques (Lambert & Bergin, 1994). La plupart démontre qu'effectivement les traitements sont efficaces. Plusieurs facteurs contribuent à l'amélioration de l'état d'un client ou à la diminution de ses symptômes.

La motivation du client et l'attitude du thérapeute sont deux facteurs liés aux résultats de la thérapie. Par exemple, il a été démontré qu'une motivation plus intrinsèque est associée à de meilleurs résultats au niveau de la satisfaction et de la longévité des relations maritales (Blais, Sabourin, Boucher, & Vallerand, 1990), des activités religieuses (Ryan, Rigby, & King, 1993), des régimes pour perdre du poids (Williams, Grow, Freedman, Ryan, & Deci, 1996), de la thérapie (Pelletier, Tuson et Haddad, 1997) et du bien-être en général (Deci & Ryan, 2002). Parallèlement, Sheldon, Williams, & Joiner (2003) ont fait ressortir que l'attitude des personnes soutenant les besoins psychologiques des autres maximisent leur potentiel de croissance inné.

Jusqu'à maintenant aucune étude recensée n'a porté sur l'influence des comportements du thérapeute sur la santé mentale du client en lien avec la motivation de ce dernier. Il semble pourtant primordial d'identifier les variables qui agissent dans un contexte thérapeutique. Dans la présente étude, le rôle médiateur de la motivation du

client face à la thérapie entre les comportements interpersonnels du thérapeute et la santé mentale du client a été examiné auprès d'une population clinique adulte du Saguenay-Lac-St-Jean.

Ce mémoire comporte quatre parties. La première fait part de la recension de la documentation scientifique en lien avec l'étude, précisément la santé mentale, la théorie de l'autodétermination et cette dernière théorie appliquée à différents contextes dont la psychothérapie, pour conduire aux hypothèses de recherche. La seconde partie décrit la méthode utilisée pour réaliser la recherche et, plus spécifiquement, les participants, les instruments de mesure, le déroulement et le plan de l'expérience. La troisième partie présente les analyses statistiques et les résultats. Finalement, la quatrième partie présente la discussion des résultats et leurs implications.

Contexte théorique

Ce premier chapitre présente un relevé de la documentation scientifique liée aux variables à l'étude. Cette section est divisée en cinq parties. La première traite de la santé mentale et inclut une définition de ses composantes ainsi que des prévalences. La deuxième partie expose la théorie de l'autodétermination et présente les concepts des besoins psychologiques de base et de la motivation selon cette théorie ainsi que la relation entre la satisfaction des besoins psychologiques et le bien-être. Cette partie se termine par une présentation des comportements interpersonnels reliés à ces besoins. La théorie de l'autodétermination en différents contextes d'abord non-cliniques et ensuite cliniques constitue la troisième partie. La théorie de l'autodétermination et la psychothérapie sont abordées dans la quatrième partie. Pour terminer, les hypothèses de recherche sont présentées.

Santé mentale

Définition de la santé mentale

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (2001b), la santé mentale est un état de bien-être dans lequel la personne peut se réaliser, surmonter les tensions normales de la vie, accomplir un travail productif et fructueux et contribuer à la vie de sa communauté. Dès 1983, Veit et Ware qualifiaient la santé mentale de manière bidimensionnelle où les éléments négatifs reliés à la santé mentale se rejoignaient pour former la détresse psychologique et les éléments positifs formaient le bien-être

psychologique. Selon Ryff (1995), la santé mentale est plutôt définie par la présence d'éléments positifs. Le bien-être psychologique représente l'extrémité positive du continuum de la santé mentale et est composé de six dimensions dont une acceptation de soi, une croissance personnelle, une autonomie, des relations positives, une maîtrise de l'environnement et un but dans la vie (Ryff, 1995). L'acceptation de soi est définie par une évaluation positive de soi-même et de sa vie, la croissance personnelle par une croissance continue et un développement en tant que personne, l'autonomie par un sentiment d'autodétermination, les relations positives par de bonnes relations avec les autres, la maîtrise de l'environnement par la capacité de gérer efficacement sa vie et le monde environnant et le but dans la vie est défini par une croyance dans la signification de la vie. Enfin, selon Myers et Diener (1997), le bien-être psychologique réfère à la présence d'affects positifs et l'absence relative d'affects négatifs ainsi qu'à un sens global de satisfaction face à la vie.

Plus récemment, Labelle et al. (2001) ont proposé un modèle de santé mentale composé de deux dimensions cognitivo-affectives. La détresse psychologique correspond à des aspects négatifs tels l'anxiété et la dépression tandis que le bien-être psychologique est associé à plusieurs dimensions positives comme l'estime de soi, l'actualisation du potentiel, la satisfaction face à la vie et le sens à la vie. Une bonne santé mentale est caractérisée par une absence de troubles psychologiques et par la présence d'indices de bien-être psychologique. Ce modèle hiérarchique de santé mentale a été testé à l'aide d'une analyse factorielle confirmatoire (LISREL 8,30). Les

données utilisées provenaient d'un échantillon de retraités de plus de 55 ans de la région de la Mauricie/Centre-du-Québec.

Le bien-être a été étudié en lien avec diverses variables principalement à partir de deux perspectives, soit l'approche hédoniste où le bien-être est défini en terme de plaisir ou d'évitement de la douleur, soit l'approche eudémoniste où le bien-être réfère à l'actualisation de soi (Ryan & Deci, 2001). Le bien-être a également été étudié en association avec d'autres variables dont l'estime de soi, la sociabilité, la qualité des relations intimes, l'individualisme, les droits humains, civils et politiques, l'égalité sociale, l'appui social, le sens à la vie et la foi religieuse (Diener, 1984; Diener, Diener, & Diener, 1995; Myers & Diener, 1997). D'autres auteurs ont étudié le bien-être en interaction avec des variables telles que le genre, la culture (Ryff, 1995), la maîtrise sur sa vie, l'optimisme, l'extraversion, la santé, la vitalité, les activités (Brouillard, Lapierre, & Alain, 1999), le sentiment de compétence (Cowen, 1991; Diener, 1984), la présence et la poursuite de buts personnels importants et valorisés (Brouillard et al., 1999) et la flexibilité des gens dans la poursuite de leurs buts lors de circonstances moins agréables (Diener, 2000). Finalement, les facteurs sociodémographiques combinés tels que le revenu, l'éducation, l'âge, le statut marital et parental combinés expliquent tout juste 10% de la variance du bonheur ou de la satisfaction face à la vie (Ryff, 1995). De plus, selon Ryan et Deci (2001), l'argent n'est pas lié à un plus grand bien-être.

À titre d'exemple, l'optimisme nécessaire à la poursuite des buts personnels et la sociabilité sont autant de bénéfices retirés lorsque des affects positifs sont ressentis (Myers & Diener, 1997). Les gens qui ressentent plus de bien-être sont plus productifs et sociables car ils participent plus aux organisations de la communauté, sont plus appréciés, divorcent moins, vivent plus vieux, donnent une meilleure performance au travail et gagnent de meilleurs salaires (Diener, 2000).

En bref, plusieurs variables ont été associées au bien-être autant au niveau personnel, relationnel, spirituel, social que culturel. Il est possible d'observer, dans ces associations, plusieurs relations positives bien que chacune d'elles ne semble pouvoir expliquer à elle seule beaucoup de variance.

Prévalences de la santé mentale

En Amérique du Nord et en Europe de l'Ouest, 8 personnes sur 10 se disent satisfaites ou très satisfaites de leur vie. Plus spécifiquement, aux États-Unis, 30% des gens se disent très heureux, 60% assez heureux et 10% pas très heureux (Myers & Diener, 1997). Au Canada, plus de 52% des personnes de 15 ans et plus ainsi que celles âgées entre 25 et 64 ans sont satisfaites face à la vie. Plus de 53% des personnes de 15 à 24 ans et près de 52% des personnes de 65 ans et plus sont satisfaites face à la vie (Statistique Canada, 2002).

Une proportion considérable de la population générale ne rapporte jamais ou rarement des symptômes de détresse psychologique les plus prévalents comme l'anxiété et la dépression (Veit & Ware, 1983). Malgré tout, aux États-Unis, un peu plus de 22% des Américains âgés de 18 ans et plus reçoivent un diagnostic de trouble mental au cours d'une année donnée, ce qui représentait plus de 44 millions d'adultes en 1998. De plus, quatre des dix causes d'invalidité aux États-Unis et dans d'autres pays industrialisés correspondent à des troubles mentaux : dépression majeure, trouble bipolaire, schizophrénie et trouble obsessionnel-compulsif (National Institute of Mental Health, 2001).

En ce qui concerne les symptômes de détresse psychologique au Canada, un peu plus de 7% des Canadiens âgés de 12 ans et plus ont vécu au moins un épisode dépressif majeur au cours d'une période d'une année, tandis que la prévalence de la dépression atteignait un sommet de 9,6% chez les personnes de 20 à 24 ans (Statistique Canada, 2000-2001). En 2002, 4,5% des Canadiens âgés de 15 ans et plus ont vécu un trouble dépressif majeur au cours des 12 mois précédents et 4,7% ont vécu un trouble anxieux (Statistique Canada, 2002).

De plus, 20% des adultes au Québec connaîtront un problème de santé mentale au cours de leur vie (Ministère de la Santé et des Services Sociaux, 1998). La prévalence typique de problèmes de santé mentale parmi la clientèle d'un omnipraticien est estimée entre 15% et un peu plus de 40%, l'anxiété et la dépression faisant partie des

six problèmes médicaux les plus fréquents en médecine familiale (Jencks, 1985; Organisation Mondiale de la Santé, 2001a).

Pour ce qui est de certaines régions au Québec, l'enquête sociale et de santé de 1998 de la Direction de la santé publique de Montréal-Centre révèle qu'environ 20% des Montréalais présentent un niveau élevé de détresse psychologique, ce niveau étant plus élevé chez les 15-24 ans. L'indice de détresse psychologique de Montréal-Centre (19,7%) est similaire à celui du reste du Québec (20,2%). La proportion de la population de 15 ans et plus se situant dans la catégorie élevée de détresse psychologique (dépression, anxiété, troubles cognitifs et irritabilité) était de 17,3% chez les hommes et de 22,8% chez les femmes en 1998. Quant à la région du Saguenay-Lac St-Jean, un peu plus de 18% de la population se situait dans la catégorie élevée de détresse psychologique (Institut National de Santé Publique du Québec, 2001).

En somme, la santé mentale est généralement étudiée de manière unidimensionnelle ou bidimensionnelle où des éléments positifs reliés pour former le bien-être psychologique et des éléments négatifs placés sous la détresse psychologique définissent le concept global de la santé mentale. Il est possible d'observer que les prévalences de satisfaction face à la vie peuvent atteindre jusqu'à 80% et que celles de trouble mental se situent autour de 20%. La détresse psychologique nuit au fonctionnement d'une partie de la population et au contraire le bien-être psychologique apporte des conséquences positives. Ces données rendent compte de l'importance de

considérer la santé mentale dans la société tant du côté de la détresse que du bien-être psychologique.

Théorie de l'autodétermination

La théorie de l'autodétermination élaborée par Deci et Ryan (1985) propose un processus motivationnel représentant les déterminants et les conséquences de la motivation. Un plus haut niveau d'autodétermination est associé à de meilleures conséquences psychologiques, comportementales et cognitives. La théorie de l'évaluation cognitive, une sous-théorie de la théorie de l'autodétermination, suggère que le niveau d'autodétermination changerait selon que les comportements des gens significatifs soutiennent ou non la satisfaction des besoins d'autonomie, de compétence et d'appartenance. Le soutien à l'autonomie, la provision d'information et l'implication dans la relation représentent les trois dimensions des comportements interpersonnels. Ces comportements interpersonnels vont influencer la motivation au même titre que tout autre facteur contextuel. Par exemple, si quelqu'un soutient l'autonomie en donnant des choix et en respectant les décisions, la personne sentira qu'elle est à l'origine de ses actions et sa motivation se rapprochera de l'autodétermination. Les rétroactions positives et les conseils bienveillants ont pour conséquence d'augmenter le sentiment de compétence et ainsi d'augmenter la motivation autodéterminée. Les comportements interpersonnels qui infèrent un sentiment d'appartenance auront comme effet

d'augmenter à leur tour le sentiment de compétence et d'autonomie (Otis & Pelletier, 2000).

Besoins psychologiques

À l'instar des besoins physiques d'eau, de nourriture et de protection (Kasser & Ryan, 1999), la notion de besoins psychologiques réfère à des nutriments essentiels pour la croissance psychologique, l'intégrité, le bien-être ou l'eudémonie (c.-à-d. l'actualisation de soi) et la vitalité (Deci & Ryan, 2002; Kasser & Ryan, 1999; Reis et al., 2000; Ryan, 1995; Ryan & Deci, 2000; Ryan & Deci, 2001). Les besoins psychologiques de base ne représentent pas des désirs. Un environnement qui permet la satisfaction des besoins produit un engagement, une maîtrise et un bien-être. En effet, les besoins lorsque satisfaits, favorisent le bien-être et la santé mentale et lorsqu'ils sont insatisfaits, des conséquences négatives suivent autant dans le développement de la personnalité, dans la qualité du comportement et dans l'expérience vécue à l'intérieur d'une situation spécifique (Deci & Ryan, 2002). Selon la théorie de l'autodétermination, trois besoins psychologiques sont à la base de la motivation humaine : les besoins d'autonomie, de compétence et d'appartenance. La section qui suit présente ces trois dimensions des comportements interpersonnels.

L'autonomie. L'autonomie se réfère à agir en accord avec soi, se sentir libre dans ses actions. À l'opposé, être contrôlé signifie agir sous la pression (aliéné) (Deci,

1995). Le concept d'autonomie renvoie à la volition (Reis, Sheldon, Gable, Roscoe, & Ryan, 2000), à l'action et à l'initiative (deCharms, 1968; Deci, 1975; Houlfort, Koestner, Joussemet, Nantel-Vivier, & Lekes, 2002; La Guardia, Ryan, Couchman, & Deci, 2000; Ryan, 1991). L'autonomie implique un choix et une liberté (Kasser & Ryan, 1999) pour ses activités et ses buts ainsi qu'une concordance avec ses intérêts, ses besoins (Koestner et al., 1999) et ses valeurs intrinsèques (Sheldon, Ryan, & Reis, 1996). Une personne autonome endosse ses actions et ses valeurs, agit en fonction de ses intérêts authentiques ou de ses désirs intégrés. De plus, elle se perçoit à l'origine ou à la source de ses propres comportements. Certains auteurs utilisent une définition de l'autonomie différente (p. ex. détachement ou indépendance) de celle utilisée dans la présente étude (Floyd, Stein, Harter, Allison, & Nye, 1999; Frank, Pirsch, & Wright, 1990; Garber & Little, 2001; Lamborn & Steinberg, 1993; Lang & Schuetze, 2002). En effet, ce besoin ne doit pas être confondu avec l'indépendance qui signifie ne pas dépendre des sources externes (Deci & Ryan, 2002). Effectivement, le contraire d'autonomie n'est pas la dépendance, mais bien l'hétéronomie où les comportements d'une personne sont contrôlés par des influences externes qui l'obligent à agir sans se soucier de ses valeurs ou de ses intérêts (Chirkov, Ryan, Kim, & Kaplan, 2003). De son côté, l'individualisme réfère à un intérêt pour soi où les comportements sont faits pour la personne elle-même, tandis que l'autonomie réfère à des comportements responsables en accord avec les intérêts et les valeurs de la personne (Deci, 1995). De plus, l'autonomie nécessite une connaissance de soi, ce que l'individualisme ne nécessite pas.

La compétence. La compétence concerne la curiosité et l'efficacité dans l'interaction avec l'environnement et une recherche de défi optimal pour exprimer ses capacités propres (Deci & Ryan, 2002; La Guardia et al., 2000). La compétence requiert le succès aux tâches optimales lesquelles sont ni trop faciles ni trop difficiles pour pouvoir donner le meilleur de sa capacité (Deci, 1995). L'obtention des résultats désirés (White, 1959) fait aussi partie du sentiment de compétence et mène à l'estime et à la confiance en soi (Reis et al., 2000; Sheldon et al., 1996). Lorsque le besoin de compétence d'une personne est satisfait, ceci est présumé augmenter le bien-être (Deci & Ryan, 2002).

L'appartenance. L'appartenance, aussi nommée affiliation interpersonnelle ou relation à autrui, réfère au fait de se sentir connecté, lié aux autres (La Guardia et al., 2000). Le besoin d'appartenance est un besoin d'aimer, d'être aimé, de prendre soin des autres et de faire prendre soin de soi par les autres (Deci, 1995). C'est le sentiment d'être proche des personnes significatives (Reis et al., 2000). L'appartenance requiert un respect mutuel et une confiance aux autres (Baumeister & Leary, 1995).

Selon Deci et al. (2001), ces trois besoins innés représentent de vrais besoins car ils sont directement reliés au niveau de bien-être, de santé ou de développement des personnes (Sheldon et al., 1996). L'autonomie perçue et l'appartenance aux autres vont prédire positivement les indices de santé physique et mentale (Kasser & Ryan, 1999). L'autonomie est significativement reliée à des interactions plus positives, ouvertes et

honnêtes tandis que le contrôle est relié à un fonctionnement plus défensif. En satisfaisant soit le besoin d'autonomie ou d'appartenance, la probabilité de satisfaire l'autre besoin est augmentée (Hodgins, Koestner, & Duncan, 1996).

Somme toute, l'autonomie correspond au degré auquel les individus se sentent responsables de l'initiation de leur comportement. La compétence concerne le degré auquel ils se sentent capables d'atteindre leurs buts et résultats désirés. L'appartenance est définie comme le degré auquel ils se sentent connectés aux autres d'une manière interpersonnelle positive et chaleureuse. Selon La Guardia et Ryan (2000), les milieux qui soutiennent les besoins psychologiques fondamentaux contribuent à instaurer une santé psychologique faite d'une plus grande vitalité, d'une meilleure intégration et d'une meilleure congruence avec le soi. Si un de ces besoins est négligé ou s'il entre en conflit avec un autre, il s'ensuit une chute du bien-être ou dans des conditions extrêmes, une psychopathologie grave.

Relation entre la satisfaction des trois besoins psychologiques et le bien-être

La recherche portant sur la théorie des besoins de base est divisée en trois catégories. La première examine les relations entre la satisfaction des besoins et le bien-être sur une base quotidienne. La deuxième explore la relation entre la poursuite et l'atteinte de buts et le bien-être. La dernière s'intéresse à la relation entre la satisfaction des besoins et le bien-être en tenant compte de variables culturelles (Deci & Ryan,

2002). Seules les deux premières catégories seront traitées dans les paragraphes suivants en raison de l'homogénéité culturelle de la population à l'étude.

Sheldon et al. (1996) ont étudié les variations quotidiennes du bien-être. Selon eux, les bonnes journées sont celles où les personnes se sentent plus compétentes et autonomes dans leurs activités quotidiennes relativement à leur niveau de base. Une plus grande satisfaction des trois besoins est associée à un plus grand bien-être émotionnel (Reis et al., 2000). En outre, ces derniers ont démontré que chaque besoin contribue de façon significative et indépendante aux changements quotidiens de l'humeur positive et négative, de la vitalité et de la symptomatologie. Les expériences satisfaisantes, par rapport aux besoins, accumulées sur une période de temps prédisent un changement dans le bien-être global à la fin de cette période (Deci & Ryan, 2002).

De plus, l'étude de Leak et Cooney (2001) démontre que le bien-être est significativement prédit par la variance partagée entre la sécurité d'attachement et la satisfaction des besoins et que chaque variable fournit une contribution unique à la prédiction du bien-être. Les attachements sécurisants apportent le bien-être en grande partie parce qu'ils représentent des relations à l'intérieur desquelles les besoins d'autonomie, de compétence et d'appartenance sont satisfaits. Ces relations, à leur tour, nourrissent un meilleur regard sur soi, une meilleure régulation de soi, une vitalité et des sentiments d'union avec les autres (La Guardia et al., 2000). Les gens semblent ressentir une plus grande appartenance lorsqu'ils se sentent compris, qu'ils ont des

communications intéressantes et qu'ils ont du plaisir avec les autres (Ryan & Deci, 2001). Les recherches issues de la théorie de l'autodétermination apporte donc une nouvelle perspective aux approches du bien-être, à savoir que la satisfaction des besoins psychologiques fondamentaux facilite la croissance, l'intégrité et le bien-être (La Guardia & Ryan, 2000).

En ce qui concerne la poursuite et l'atteinte des buts, La Guardia et Ryan (2000) relient le bien-être à l'atteinte d'un but à la condition que ce but satisfasse un besoin de base. En effet, Kasser et Ryan (1993; 1996) ont démontré que l'investissement ou l'atteinte avec succès des buts intrinsèques (c.-à-d. reliés aux besoins de base) est associé à un meilleur bien-être car les personnes satisfont leurs besoins psychologiques (Kim, Kasser, & Lee, 2003). Néanmoins, un accent mis sur des buts hétéronymes et extrinsèques (c.-à-d. non reliés aux besoins de base) reflétés par une contingence à l'approbation des autres est associé à une baisse de la santé physique et psychologique (Sheldon & Elliot, 1999). Même l'atteinte avec succès des buts extrinsèques n'est pas associée au bien-être (Ryan, 1995) car la poursuite des buts extrinsèques peut seulement fournir une satisfaction indirecte ou interférer avec l'accomplissement des besoins (Ryan et al., 1999). Les buts extrinsèques semblent aussi associés à une plus faible estime de soi, une plus grande écoute de la télévision, une plus grande consommation de drogue et une moins bonne qualité de relations avec les amis et les partenaires amoureux (Kasser & Ryan, 2001).

D'ailleurs, l'importance relative accordée à des aspirations extrinsèques comme le succès financier, une apparence attrayante et la reconnaissance sociale est associée à de plus bas niveaux de vitalité et d'actualisation de soi et plus de symptômes physiques, de dépression et d'anxiété (Kasser & Ryan, 1993). Au contraire, l'importance relative accordée à des aspirations intrinsèques comme l'acceptation de soi, l'affiliation, le sentiment communautaire et la santé physique est associée à un plus grand bien-être, une plus grande actualisation de soi, moins d'anxiété, de symptômes physiques et de détresse (Kim et al., 2003).

Les individus qui poursuivent des buts concordant avec ce qu'ils sont (motivation intrinsèque ou identifiée) et qui sont cohérents avec leurs besoins psychologiques inhérents mettent plus d'effort à atteindre ces buts et il est plus probable qu'ils les atteignent et ainsi récoltent plus de bénéfices au niveau du bien-être (Sheldon & Kasser, 1998). La satisfaction des besoins, c'est-à-dire, des expériences quotidiennes d'activités basées sur l'autonomie, la compétence et l'appartenance qui s'accumulent, a un effet médiateur sur ces effets de bien-être liés à l'atteinte du but (Sheldon & Elliot, 1999).

En somme, plus les besoins psychologiques sont satisfaits au quotidien, plus le bien-être est élevé. Aussi, plus les buts à poursuivre et à atteindre sont reliés aux besoins psychologiques, plus le bien-être est élevé.

Motivation

La théorie de l'autodétermination voit l'organisme actif (c.-à-d. avec volition où l'organisme fait un choix et initie les comportements) avec des besoins qui fournissent l'énergie nécessaire à leur satisfaction. L'énergie qui sert au développement de la structure interne de la personne représente la motivation intrinsèque (Deci & Ryan, 1985). La motivation intrinsèque est la source d'énergie qui est centrale à la nature active de l'organisme et elle représente la tendance inhérente chez l'humain à rechercher la nouveauté et les défis ainsi qu'à étendre et exercer ses capacités pour explorer et apprendre. L'activité motivée intrinsèquement est effectuée pour la simple satisfaction qu'elle procure tandis qu'une activité motivée extrinsèquement est faite pour obtenir un résultat distinct (Ryan & Deci, 2000). L'amotivation réfère à ne pas estimer l'activité (Ryan, 1995).

Il y a donc trois types de motivation : la motivation intrinsèque (MI), la motivation extrinsèque (ME) et l'amotivation (AM). La ME est divisée à son tour en quatre types de régulation qui varient dans leur autonomie relative (Ryan & Deci, 2000). La motivation extrinsèque à régulation externe (ME externe) est celle qui est la moins autodéterminée et où la personne veut satisfaire une demande externe ou obtenir une récompense. La motivation extrinsèque à régulation introjectée (ME introjectée) se réfère à une personne qui applique une règle qui n'est pas tout à fait sienne et qui veut éviter la culpabilité, l'anxiété ou hausser son ego. L'estime de soi est donc contingente

(Deci & Ryan, 1995). Lorsque la personne estime le but ou la règle, que c'est important pour elle, la motivation extrinsèque est à régulation identifiée (ME identifiée). La motivation extrinsèque est à régulation intégrée (ME intégrée) lorsque la régulation identifiée est cohérente avec les valeurs de la personne (Ryan & Deci, 2000).

La MI favorise la croissance personnelle et est cruciale pour le développement cognitif et social. Elle est associée à un meilleur apprentissage, à une meilleure performance et à un plus grand bien-être (Deci & Ryan, 1987). Elle est, de plus, associée à une expérience plus riche, une meilleure compréhension conceptuelle, une plus grande créativité et une résolution de problème améliorée (Deci, 1995). Seules les MI et ME intégrée sont accompagnées de la vraie estime de soi (Deci & Ryan, 1995).

Selon Deci et Ryan (1985), la motivation humaine est basée sur un ensemble de besoins psychologiques innés : autonomie, compétence et appartenance. En effet, le concept de besoins spécifie le contenu de la motivation ainsi que le processus de la poursuite des buts. Les besoins psychologiques relient la motivation et le comportement à la performance, au développement et à la santé psychologique (Deci & Ryan, 2000). En présence des besoins psychologiques, la MI, l'intégration des règles extrinsèques et un mouvement vers le bien-être seront optimisés. La MI est facilitée par les conditions conduisant à la satisfaction des besoins psychologiques tandis qu'elle diminue lorsque les conditions empêchent la satisfaction des besoins (Deci & Ryan, 2000).

Les types de motivation autodéterminée regroupant la MI, la ME intégrée et la ME identifiée, sont rehaussés lorsque les individus voient leurs trois besoins satisfaits tandis que les types de motivation non-autodéterminée regroupant la ME introjectée, la ME externe et l'AM sont diminués (Deci & Ryan, 2002). Les soutiens contextuels et environnementaux à la compétence, à l'autonomie et à l'appartenance mènent au développement de la MI et à son tour au bien-être psychologique et à l'intégration de la personnalité (Leak & Cooney, 2001). Ces types de soutien maintiennent ou augmentent la MI, facilitent l'internalisation et l'intégration de la ME, ce qui favorise une motivation plus autonome et promeut des objectifs qui fournissent la satisfaction des besoins de base. Les contextes où les besoins psychologiques sont négligés ou frustrés amènent la fragmentation et l'aliénation plutôt que l'intégration et la congruence (Ryan, 1995). Le niveau de motivation ne change pas vraiment si les gens sont autonomes ou contrôlés, par contre le type de motivation change et ceci amène à une qualité de fonctionnement différente (Ryan, Sheldon, Kasser, & Deci, 1996).

Soutien des besoins psychologiques de base

Le terme internalisation réfère au processus à travers lequel un individu acquiert une attitude, une croyance ou une régulation comportementale et la transforme progressivement en une valeur, un but ou une organisation personnelle (Ryan & Deci, 2000). L'internalisation représente l'assimilation active des règlements comportementaux originellement externes à soi (Ryan, 1995). La personne devient plus

autonome dans ses activités, ses comportements et ses valeurs initialement exécutés pour des raisons externes (Deci & Ryan, 1985; Ryan & Connell, 1989). Les conditions fournissant un soutien à la satisfaction des besoins psychologiques promeuvent la MI (Ryan, Kuhl, & Deci, 1997), l'internalisation, l'intégration de la MI (Deci & Ryan, 1985, 2000) et exercent un impact direct sur la santé physique et psychologique (Williams, Deci, & Ryan, 1998a).

Pour internaliser et intégrer les aspects de la société, les besoins psychologiques de base doivent être satisfaits dans le contexte social fournissant les structures à être internalisées. Le soutien à l'autonomie, un nutriment contextuel crucial pour maintenir la MI, et conséquemment être plus créatif, traiter l'information plus profondément et apprécier davantage les activités, est aussi essentiel pour l'internalisation et l'intégration de la motivation pour les activités inintéressantes, mais importantes. Le contrôle produit une internalisation partielle, notamment de l'introjection. Le soutien à l'autonomie ne consiste pas à être permissif car s'il n'y a pas de limite, de structure, aucune règle à internaliser, il n'y aura pas d'internalisation. Être permissif est facile, mais le soutien à l'autonomie demande du travail. Il faut être clair, conséquent, poser des limites d'une manière compréhensible empathique (Deci, 1995).

Alors, quels comportements interpersonnels est-il possible d'adopter pour soutenir les besoins psychologiques des autres? Impliquer les gens dans les prises de décisions et fournir un choix sont des caractéristiques du soutien à l'autonomie d'une

personne. Lorsqu'un choix est offert, il est essentiel que la personne ait suffisamment d'information pour prendre une décision sensée (c.-à-d. possibilités, contraintes, caractéristiques cachées) (Deci, 1995). Soutenir l'autonomie, c'est être capable de prendre la perspective de l'autre, encourager l'initiative, la responsabilité du comportement et de mettre des limites avec des encouragements plutôt qu'avec de la pression (Williams & Deci, 1998).

Il est possible de poser des limites de manière à soutenir l'autonomie. Il est d'abord concevable que les personnes posent leurs propres limites. Toutefois, si une autre personne pose la limite, la manière de la présenter est importante en fournissant une raison significative. Il est aussi envisageable de poser les limites les plus grandes possibles pour ne pas restreindre et d'énoncer les conséquences par rapport à la transgression de celles-ci. Il est important d'être cohérent en suivant les conséquences pour responsabiliser et non pas pour contrôler (Deci, 1995).

Les limites peuvent être formulées sans nuire à la MI si elles sont de nature informationnelles, c'est-à-dire, que l'information est fournie de façon pertinente dans un contexte de choix et d'autonomie qui facilite un locus interne et qui augmente la MI. D'ailleurs, des enfants se trouvant dans un groupe sans limite ou avec une limite informationnelle ont passé plus de temps libre à continuer une activité que le groupe avec une limite coercitive qui eux ont été moins créatifs (Koestner, Ryan, Bernieri, & Holt, 1984).

Le soutien à l'autonomie réfère à la volonté d'une personne d'assumer la perspective ou le cadre de référence interne d'une autre personne. Il faut donc reconnaître les perceptions des autres, accepter leurs sentiments et s'abstenir de tenter de contrôler leur expérience et leur comportement. Il convient de prendre soin du vrai soi de l'autre en écoutant et en facilitant son expression. Les relations qui soutiennent l'autonomie encouragent l'expression authentique de soi et n'exercent pas un contrôle ou une pression d'être d'une autre manière (Ryan & Solky, 1996).

Plus on sent de pression (p. ex. rétroaction coercitive) pour arriver à un certain résultat, moins il est probable d'être motivé intrinsèquement pour faire cette activité car il y aura moins d'efforts investis et conséquemment une moins bonne performance. Au contraire, si la verbalisation n'émet pas de pression (p. ex. rétroaction informationnelle) pour arriver au résultat et fournit de l'information positive par rapport à la compétence, il est plus probable d'augmenter l'intérêt à l'activité (Ryan, 1982).

Il est important de poser des buts individualisés et qu'ils représentent un défi optimal pour la personne. Idéalement, la personne elle-même formule ses buts et, de ce fait, peut participer à l'évaluation de sa performance selon ses propres standards. Si le standard n'est pas atteint, il est préférable de résoudre le problème plutôt que de critiquer (Deci, 1995).

Ainsi, comme il y a une tendance naturelle pour obtenir l'intégrité et améliorer le potentiel humain (croître), on doit la soutenir et la faciliter dans différents contextes comme à la maison, à l'école, au travail et dans les cliniques de thérapie. Certains facteurs socio-contextuels soutiennent cette tendance et d'autres empêchent ce processus fondamental de la nature humaine. L'environnement social qui satisfait les trois besoins (compétence, autonomie et appartenance) est à la base de l'environnement soutenant un fonctionnement sain (Deci & Ryan, 2002).

En résumé, soutenir l'autonomie se fait en prenant en considération le point de vue de l'autre, en fournissant de l'information appropriée, en donnant la chance de choisir, en encourageant l'acceptation de plus de responsabilité pour les comportements, en s'informant des objectifs, en écoutant, en encourageant les questions, en fournissant des répliques satisfaisantes et compréhensibles, en ne jugeant pas, en ne mettant pas de pression ni de contrôle (Deci & Ryan, 2002). Soutenir la compétence se fait grâce aux conseils bienveillants ainsi qu'avec les rétroactions positives et finalement, les personnes qui s'impliquent dans une relation soutiennent l'appartenance (Otis & Pelletier, 2000).

Théorie de l'autodétermination en différents contextes

Contextes non-cliniques

La théorie de l'autodétermination a été vérifiée et confirmée dans différents contextes. La religion, les loisirs, le couple, les relations parents-enfants et l'emploi sont autant de domaines qui ont révélé qu'une motivation plus autodéterminée est associée à des facteurs positifs tel le bien-être et qu'une motivation moins autodéterminée est associée négativement aux mêmes facteurs ou bien positivement à des facteurs de détresse (Blais et al., 1990; Deci, 1995; Deci et al., 2001; Igreja et al., 2000; Ilardi, Leone, Kasser, & Ryan, 1993; Pelletier, Vallerand, Green-Demers, Brière, & Blais, 1995; Ryan et al., 1993). De plus, trois autres contextes ont été étudiés et sont traités de manière un peu plus détaillée dans les paragraphes qui suivent. Ces milieux que sont la famille, l'éducation et le travail, peuvent être mis en parallèle avec la psychothérapie en ce qu'ils contiennent des figures significatives pouvant exercer une influence sur l'individu au niveau du changement, de la socialisation ou de l'autorité.

Au niveau de la famille, le soutien à l'autonomie promeut la compétence ainsi que l'initiative et renforce la sécurité des relations dans lesquelles le soutien est présent. Ce soutien facilite généralement le développement des modèles de travail ou les représentations internes des relations encourageant un fonctionnement capable de s'adapter dans des contextes interpersonnels subséquents. Quelqu'un devrait donc se

sentir plus aimé et uni aux autres si les autres en ont pris soin et l'ont soutenu dans le passé. Les relations avec les parents caractérisées par le soutien à l'autonomie conduisent à une meilleure estime de soi par rapport à l'autonomie, la compétence et l'appartenance et représentent un soutien social critique dans le développement (Ryan & Solky, 1996).

Les parents qui soutiennent l'autonomie de leur enfant estiment leur autonomie, les encouragent à résoudre leurs propres problèmes, prennent leur perspective en considération dans les décisions et utilisent peu de pression et de contrôle (Grolnick & Ryan, 1989). Ceci amène des effets positifs comme une régulation autonome de soi (c.-à-d. comportement initié et géré par soi plutôt que contrôlé et initié par une source externe), moins de contrôle inconnu, une plus grande perception de la compétence et une plus grande réussite à l'école (Deci & Ryan, 2002; Grolnick & Ryan, 1989).

Dans le domaine de l'éducation, les professeurs soutenant l'autonomie de leurs étudiants sont plus à l'écoute, encouragent la qualité de la performance, sont flexibles, motivent les étudiants par intérêt (MI), prennent en compte la perspective des autres, reconnaissent les sentiments et fournissent des raisons pour les tâches inintéressantes (Deci, 1995; Deci & Ryan, 2002). Les étudiants ont donc une meilleure perception de leur autonomie et de leur compétence (Deci & Ryan, 2002) ainsi qu'une plus grande motivation, confiance et estime de soi (Ryan & Solky, 1996). Le soutien à l'autonomie, la structure et l'implication de la part des professeurs facilitent le climat d'engagement

en classe (Deci, 1995). Par exemple, les écoles qui ont fait la promotion de l'autonomie et de l'appartenance des étudiants à l'égard de leurs pairs ont obtenu de plus grandes réductions des comportements à problèmes (Allen, Kuperminc, Philliber, & Herre, 1994).

Les environnements interpersonnels informationnels soutiennent l'autonomie, fournissent de l'information pour améliorer la compétence et reconnaissent les sentiments conflictuels. Ce type d'environnement est important pour l'estime de soi des enfants et pour leur bien-être général ainsi que leur MI. Les professeurs orientés vers le soutien à l'autonomie semblent promouvoir la MI, la curiosité et l'estime de soi tandis que ceux orientés vers le contrôle semblent les diminuer. Être intrinsèquement motivé à apprendre améliore la qualité d'apprentissage et les conditions informationnelles soutenant l'autonomie promeuvent un apprentissage plus effectif ainsi qu'une MI et une estime de soi plus élevées (Deci & Ryan, 1985).

Lorsque les formateurs en médecine soutiennent l'autonomie de leurs étudiants et sont plus humains dans leur enseignement, ces étudiants agissent de manière plus autonome avec volition, volonté et choix. Ils sont plus humains dans leurs soins aux patients (p. ex. écoute du patient, choix de traitement et information nécessaire), ont une plus grande compréhension conceptuelle et un meilleur ajustement psychologique, ont un sentiment de compétence, moins d'anxiété, un plus grand intérêt pour apprendre et une estime de soi plus élevée (Williams & Deci, 1998).

Du côté du travail, les employés qui ont des supérieurs soutenant leur autonomie, font plus confiance à la compagnie, se soucient moins de la paie et des bénéfices et démontrent un niveau plus élevé de satisfaction, de confiance ainsi qu'une meilleure humeur (Deci, 1995; Deci, Connell, & Ryan, 1989).

L'étude de Deci et al. (1989) a démontré, dans un contexte de travail, que le fait de soutenir l'autonomie relativement au contrôle, est associé avec des résultats positifs dont une plus grande MI, une plus grande satisfaction et un bien-être plus grand. L'autonomie et la compétence sont les influences les plus puissantes de la MI et l'appartenance joue un rôle plus distant pour le maintien de celle-ci. Une base relationnelle sécurisante donne une confiance pour l'expression de la tendance de croissance (Deci & Ryan, 2000).

Contextes cliniques

Ryan, Deci et Grolnick (1995a) ont démontré à l'aide de diverses études (Kasser & Ryan, 1993; Ryan & Connell, 1989; Ryan & Grolnick, 1986) qu'un niveau plus élevé de MI est relié positivement à une bonne santé mentale tandis qu'un niveau peu élevé est lié à la psychopathologie. Selon Ryan et al. (1995a), la psychopathologie semble être reliée à des contextes nuisant à l'intégration de la personnalité et plusieurs formes de psychopathologies seraient liées à un comportement contraint, automatique ou en d'autres mots, non-autodéterminé même lorsqu'il est intentionnel. Les troubles de

l'autonomie sont vus par plusieurs cliniciens comme étant au centre de la maladie mentale et de l'aliénation sociale (Ryan et al., 1995a). Selon Deci et Ryan (2000), l'étiologie de diverses formes de psychopathologie se situe dans les privations du développement concernant les besoins psychologiques de base. Les personnes passives, défiantes et dociles sont celles qui ont le plus besoin d'un contexte interpersonnel optimal d'implication, de soutien à l'autonomie et de limites posées de manière sensible, bien que ce soit ces mêmes personnes qui en reçoivent le moins (Deci, 1995).

Du côté du système des soins de la santé, les facteurs psychologiques et sociaux comme les interactions du personnel avec les patients et leurs familles peuvent avoir un impact important quant aux résultats pour le patient et à l'utilisation du système de santé. Il est possible de prévenir et d'améliorer la maladie en montrant de la compassion, en prêtant un peu plus d'attention aux dynamiques familiales, en comprenant la perspective du patient, en répondant à ses besoins et en partageant le pouvoir relatif du traitement avec le patient et sa famille (p. ex. donner un rationnel pour les actions recommandées, accepter les décisions du patient), donc en soutenant l'autonomie du patient. En effet, lorsque les familles des patients ont des interactions plus positives, les patients ont une meilleure santé physique et psychologique et utilisent moins les services de soins de santé (Williams, Frankel, Campbell, & Deci, 2000).

La motivation autodéterminée prédit des changements de comportement souhaités et le maintien des comportements visant une meilleure santé (La Guardia &

Ryan, 2000). Effectivement, plusieurs études rapportent que lorsque le médecin soutient l'autonomie du patient, celui-ci est motivé de manière plus autonome, ce qui mène à de meilleurs comportements de santé comme la persistance dans un traitement pour l'alcool (Ryan, Plant, & O'Malley, 1995b), la cessation tabagique, le contrôle du glucose sanguin (Williams & Deci, 1998), le maintien de la perte de poids (Williams et al., 1996) et l'adhérence médicamenteuse (Williams, Rodin, Ryan, Grolnick, & Deci, 1998b). En effet, le degré de soutien à l'autonomie des patients obèses a prédict leur motivation autodéterminée, leur présence aux rendez-vous et leur perte de poids après un délai de six mois et la motivation autodéterminée a, pour sa part, prédict un meilleur maintien du poids perdu après un délai de six mois et une pratique d'exercice plus régulière (Williams et al., 1996). De plus, les patients qui percevaient leur médecin comme soutenant leur autonomie ont rapporté une motivation plus autodéterminée pour leur prise de médication et adhéraient davantage à cette dernière (Williams et al., 1998b). En somme, le soutien à l'autonomie du médecin envers son patient lors de la consultation médicale est positivement relié à la santé mentale et physique du patient (Williams et al., 1996).

De plus, lorsque les préposés à la santé soutiennent les besoins psychologiques des individus, ils soutiennent la motivation des patients à maintenir des comportements favorables à leur santé physique et mentale (La Guardia & Ryan, 2000). Ces mêmes auteurs affirment que lorsqu'un thérapeute crée un milieu dans lequel les besoins psychologiques du client sont rencontrés, il devient plus facile d'initier le changement

dans les situations extérieures à la relation thérapeutique. Finalement, lorsque les professionnels de la santé reconnaissent l'importance des facteurs psychosociaux sur la santé des patients et soutiennent en ce sens leur autonomie, les patients deviennent plus autonomes et adoptent des comportements de santé à long terme (Deci, 1995).

Somme toute, la théorie de l'autodétermination a été étudiée et appliquée à plusieurs contextes autant cliniques que non-cliniques. En général, il est possible d'observer qu'une motivation autodéterminée ainsi qu'un soutien à l'autonomie sont reliés positivement à des indices de bien-être et à des comportements de santé tandis que l'inverse a été associé à la psychopathologie. Finalement, la satisfaction des besoins psychologiques est essentielle pour un développement sain et un progrès thérapeutique.

Théorie de l'autodétermination et psychothérapie

La motivation du patient en lien avec le résultat de la thérapie est souvent discutée, mais les études à ce sujet sont contradictoires faute de définition, d'évaluation et de populations homogènes et adéquates (Keithly, Samples, & Strupp, 1980). Déjà en 1967, Holt soutenait que la motivation du patient en thérapie est un élément important, et qu'il existait un manque d'information à propos de son évaluation et de sa définition. Également, Deci et Ryan (2002) mentionnent que le domaine de la psychothérapie est un domaine qui a reçu peu d'attention dans le cadre de la théorie de l'autodétermination et qu'il est maintenant temps de l'étudier.

Keithly et al. (1980), ont examiné le niveau de motivation de jeunes étudiants anxieux et dépressifs au moment de l'entrevue d'accueil. Dans cette étude la motivation du patient était mesurée avec une échelle de motivation basée sur celle de Sifneos (1972) comportant neuf composantes de la motivation : reconnaissance des problèmes psychologiques, introspection, volonté de participer, curiosité et volonté de se comprendre, volonté de changer, d'explorer et d'expérimenter, attentes face aux résultats, autonomie, détresse et attentes face à la thérapie. Dans ce contexte, une relation positive entre la motivation et la participation du patient ainsi qu'une relation négative entre sa motivation et son hostilité ont été obtenues. De plus, la motivation du patient à l'entrevue d'accueil a permis de prédire l'amélioration de ce dernier évaluée par le thérapeute et un clinicien indépendant.

De leur côté, Rosenbaum et Horowitz (1983) ont effectué une analyse factorielle des mesures de la motivation du patient face à la psychothérapie et ont identifié quatre facteurs dont l'engagement actif, la capacité à l'introspection psychologique, la capacité au changement et l'appréciation positive de la thérapie. Ces résultats ont permis de conclure que la motivation face à la psychothérapie n'est pas un concept statique, mais plutôt un concept multidimensionnel où plusieurs facteurs interagissent. Certains facteurs sont reliés à la motivation du patient et d'autres facteurs serviraient davantage à savoir si un traitement particulier est approprié pour un patient (Rosenbaum & Horowitz, 1983). Bref, la littérature ne démontre pas de consensus pour s'entendre précisément sur ce qu'est la motivation en psychothérapie et pour relier la motivation du client avec

diverses variables de résultat de manière constante chez les clients à l'intérieur d'un contexte de psychothérapie (Keithly et al., 1980; Rosenbaum & Horowitz, 1983).

Grand (2001) identifie la motivation comme médiateur clé entre la persistance et les résultats au traitement pour abus de substance. De plus, les interventions motivationnelles qui essaient de hausser la motivation au traitement, l'efficacité personnelle, la persévérance et qui aident les patients à considérer l'ambivalence à propos du traitement, augmentent les résultats de ce traitement (Grand, 2001). Toutefois, cette recherche démontre la relation entre les interventions motivationnelles et les croyances implicites de la capacité du client de pouvoir changer sur la présence aux sessions de traitement.

Lors d'une étude naturaliste, prospective et longitudinale, Scheidt et al. (2003) ont évalué les décisions de psychothérapeutes en pratique privée au sujet du choix de traitement au cours d'une année. Pour décrire les critères du choix de traitement, le « questionnaire du choix de traitement » a été construit et a révélé quatre facteurs dont l'un était la motivation. Ce facteur de motivation était constitué de quatre items portant sur l'acceptation de buts à long terme pour la thérapie de la part du patient, la compréhension psychologique de son problème et la motivation pour le traitement. Les résultats obtenus par Scheidt et al. (2003) montrent que la motivation est le facteur qui prédit le mieux si le patient est accepté en psychothérapie en pratique privée lors des premières entrevues, que la sélection d'une thérapie à court ou à long terme dépend de la

réponse émotionnelle du thérapeute face au patient et que le diagnostic psychiatrique et la gravité des symptômes contribuent peu au choix du traitement.

Jeger, Znoj et Grawe (2003) ont observé si le contenu motivationnel des énonciations des patients et des thérapeutes était orienté vers l'action ou vers l'état de la personnalité. Pour eux, la motivation se définit selon la théorie de contrôle de l'action, où le comportement motivationnel qui survient avant l'action est observé. Les résultats démontrent que les patients adhéraient moins à leur style de contrôle d'action préféré et se rapprochaient davantage de l'attitude motivationnelle de leurs psychothérapeute dans les thérapies dites réussies (Jeger et al., 2003).

Rumpold et al. (2005) ont examiné les changements de motivation et d'alliance thérapeutique au cours de quatre séances de pré-thérapie où le diagnostic était posé et la motivation stimulée auprès d'une population ambulatoire. L'outil utilisé pour mesurer la motivation basé sur les quatre concepts du modèle se composait de quatre sous-échelles telles que les conséquences négatives de la maladie, la cause d'origine psychosociale, les attentes face au traitement psychothérapeutique et l'ouverture à la psychothérapie. Les alphas de Cronbach obtenus pour chacune de ces sous-échelles variaient entre 0,54 et 0,69. Les mesures prélevées au début et à la fin de la psychothérapie ont permis d'observer une baisse de la motivation en ce qui concerne les conséquences négatives de la maladie ainsi que la cause d'origine psychosociale. Une hausse de la motivation a été observé pour les attentes face au traitement ainsi que pour

l'ouverture à la psychothérapie. Pour ce qui est de l'alliance thérapeutique, les patients étaient satisfaits de leur relation thérapeutique et des résultats.

L'application du modèle de la théorie de l'autodétermination a été démontré dans divers contextes, mais encore peu en psychothérapie. La théorie de l'autodétermination devrait prédire le processus de la psychothérapie en précisant comment les individus peuvent être motivés en regard des changements habituellement requis dans une démarche de psychothérapie. Conséquemment, il serait important d'examiner l'impact des interventions motivationnelles du thérapeute sur la psychothérapie (Abblett, 2002).

Michalak, Klappheck et Kosfelder (2004) ont examiné comment l'intensité et le « pourquoi » d'un comportement motivé par le but étaient liés à l'état psychopathologique de patients ambulatoires ainsi qu'aux résultats des séances. La motivation était évaluée à partir de deux perspectives. La théorie térique (Omodei & Wearing, 1990) où la motivation se situe dans la prévision d'atteindre un but que ce soit un état ou un résultat et la théorie de l'autodétermination (Deci & Ryan, 1985). Afin de comparer les résultats des différentes phases de la thérapie, les données ont été recueillies avant le début de la thérapie pour un groupe et au milieu de la thérapie (entre les séances 7 et 15) pour un autre. Les résultats étaient évalués à la fin de chaque séance pour les deux groupes. Les patients qui étaient plus optimistes pour atteindre des buts

investis et plus intrinsèquement motivés ont montré de plus bas niveaux de psychopathologie et des résultats plus positifs lors des séances.

Pelletier et al. (1997) ont démontré lors d'une étude, qui vérifiait les propriétés psychométriques d'une nouvelle mesure de la motivation du client face à la thérapie (« Client Motivation for Therapy Scale ») selon la théorie de l'autodétermination, que les conséquences positives associées aux séances de thérapie ainsi que les construits associés à un fonctionnement psychologique positif sont positivement corrélés avec les formes de motivation plus autodéterminées et négativement avec les formes de motivation moins autodéterminées. Précisément, les motivations plus autonomes face à la thérapie sont associées à une plus grande satisfaction du client, moins de tension, moins de distraction, une considération de la thérapie comme étant plus importante, plus d'attitudes positives durant la démarche thérapeutique ainsi qu'une plus grande intention de persévérer dans la thérapie. De même, de plus hauts niveaux de motivation autodéterminée sont positivement associés à une meilleure perception du comportement du thérapeute comme soutenant l'autonomie, la compétence et l'appartenance tandis que la motivation non-autodéterminée est associée à la perception d'un climat plus coercitif.

Selon Deci et Ryan (1985), l'application de la théorie de l'autodétermination en contexte de psychothérapie est complexe en raison des différents postulats motivationnels et de l'absence d'un ensemble de principes de pratiques acceptés (c.-à-d. plusieurs buts, styles, méthodes et approches différentes) (Deci & Ryan, 1985). Pour

eux, la psychothérapie implique de mobiliser le processus intégrateur motivé intrinsèquement. Selon La Guardia et Ryan (2000), le but de la psychothérapie consiste à faire émerger la symbolisation ou l'expression des besoins de l'organisme qui n'auraient pas été satisfaits ou bien qui auraient été présents à la conscience de façon inadéquate. Lorsque le client perçoit que le thérapeute crée un lieu où ses besoins psychologiques sont rencontrés, les initiatives innées du client peuvent motiver le changement dans d'autres situations extérieures à la relation thérapeutique (La Guardia & Ryan, 2000).

Selon Ryan et al. (1997), le but de la thérapie devrait promouvoir le renforcement de l'orientation vers l'autonomie. L'environnement informationnel promeut une perception de causalité interne, une perception de compétence, un niveau minimal de tension et de conflit facilitant l'internalisation tandis qu'un environnement coercitif met de la pression sur les gens pour atteindre certains résultats. Plus le thérapeute est évaluatif, directif ou coercitif, moins il est probable que le changement thérapeutique soit maintenu et transféré suite au traitement. Les thérapeutes qui soutiennent l'autonomie, s'impliquent dans la relation et fournissent de l'information, devraient obtenir plus de succès à faciliter le maintien et le transfert du changement qui survient (Ryan et al., 1997). Plus le client vit une participation active, une responsabilité et de l'autodétermination au cours de la thérapie, plus élevé sera le degré prédit de généralisation. À cet égard, la tâche du client doit également représenter un défi optimal, adapté à son développement et à ses capacités de régulation (Ryan et al., 1997).

D'ailleurs, la relation thérapeutique, mise de l'avant par les facteurs communs, contribue à expliquer une partie considérable des effets de la thérapie (Lambert, 1992).

Ryan et al. (1997) considèrent que l'individu a une tendance vers la croissance et le développement qui peut être mobilisée en traitement. Les thérapies humanistes se basent fortement sur les forces à l'intérieur du client pour générer la santé psychologique et le bien-être. Dès 1957, Rogers croyait que l'élément central nécessaire pour que la tendance actualisante du client soit mobilisée vers la croissance et le changement positif, repose sur une atmosphère interpersonnelle dans laquelle le client se sent libre de toute pression contraignante de la part du thérapeute. Lorsque le thérapeute démontre qu'il accepte et estime tous les aspects de la personne, le client peut commencer à explorer et assimiler des aspects du champ perceptuel autrefois menaçants et inacceptables. Enfin, l'empathie implicite dans l'acceptation inconditionnelle facilite le processus thérapeutique, car lorsque l'univers du client est clair pour le thérapeute, le mouvement et la communication à l'intérieur de ce processus surviennent plus librement. Lorsque quelqu'un se régule par lui-même, les besoins organismiques surgissent spontanément pour organiser la perception et le comportement vers leur satisfaction. En ce sens, Ryan et al. (1997) postulent que le but de la Gestalt thérapie est le renforcement de la régulation autonome de soi à travers les processus organismiques naturels, intrinsèquement motivés.

En raison d'une seule étude recensée examinant la motivation en thérapie à l'aide de la théorie de l'autodétermination, il apparaît essentiel d'étudier ce sujet afin d'approfondir l'état des connaissances. De plus, la présente recherche se fera auprès d'une population francophone à l'aide d'instruments nouvellement validés en français.

Hypothèses de recherche

À la lumière de la recension des écrits effectuée précédemment, les comportements interpersonnels ainsi que le type de motivation apparaissent comme des facteurs importants pour la santé mentale des personnes en psychothérapie. La motivation autodéterminée est associée à des indicateurs de santé mentale (positivement avec des indicateurs positifs et négativement avec des indicateurs négatifs) et la motivation non-autodéterminée est associée négativement à des indicateurs de santé mentale, et ce, dans plusieurs contextes différents autant cliniques que non-cliniques. Étant donné l'importance de l'attitude du thérapeute en psychothérapie et la possibilité que celle-ci influence la motivation du client, la présente recherche a pour objectif d'examiner les relations entre les comportements interpersonnels du thérapeute, la motivation du client face à la thérapie et des indices de santé mentale.

Sur la base de ce qui précède, les trois hypothèses de recherche suivantes ont été formulées :

Hypothèse 1 : La motivation du client face à la thérapie agit à titre de variable médiatrice entre le soutien à l'autonomie de la part du thérapeute et la santé mentale du client.

Hypothèse 2 : La motivation du client face à la thérapie agit à titre de variable médiatrice entre le soutien à la compétence de la part du thérapeute et la santé mentale du client.

Hypothèse 3 : La motivation du client face à la thérapie agit à titre de variable médiatrice entre le soutien à l'appartenance de la part du thérapeute et la santé mentale du client.

Méthode

Ce deuxième chapitre est consacré à la méthode et il comprend quatre parties : la description des participants, les instruments de mesure et leurs qualités psychométriques, le déroulement ainsi que le plan de l'expérience.

Participants

La présente étude s'inscrit dans le contexte d'une recherche plus générale portant sur l'efficacité thérapeutique. Au total, 88 adultes de la région du Saguenay-Lac-St-Jean ont participé à la recherche sur une base volontaire, dont 61 femmes et 27 hommes âgés de 18 à 64 ans ($M= 37,58$ ans, $ET=11,08$). Ces participants sont des adultes impliqués dans un processus thérapeutique soit dans une institution de la santé, soit dans une institution collégiale ou universitaire, ou encore dans une clinique privée. Ceux-ci ont été recrutés selon une méthode d'échantillonnage effectuée de manière non-aléatoire. L'unique facteur d'exclusion était la prise d'antipsychotiques.

Instruments de mesure

Les données de l'étude ont été obtenues à l'aide d'un questionnaire auto-administré de type papier-crayon. Ce questionnaire a été préalablement soumis au Comité institutionnel de déontologie de la recherche (CIDRE) de l'Université du Québec à Chicoutimi (UQAC). Le CIDRE a par la suite émis un certificat de déontologie (voir Appendice A) attestant que la présente étude rencontrait les exigences du code de déontologie appliquées à l'UQAC.

Un formulaire de consentement (voir Appendice B) ainsi qu'une feuille de directives (voir Appendice C) expliquent aux participants le but, les modalités, la confidentialité ainsi que l'anonymat de la recherche. Le questionnaire (voir Appendice D) fournit des directives pour chaque échelle et recueille des données sur les indicateurs de santé mentale mesurés dont le stress psychologique, la symptomatologie dépressive, les symptômes de détresse psychologique, l'actualisation du potentiel, la satisfaction de vie, le sens à la vie et l'estime de soi. La motivation face à la thérapie ainsi que les comportements interpersonnels du thérapeute sont également mesurés. Finalement, un questionnaire d'informations générales (voir Appendice E) recueille des données sociodémographiques telles que le sexe, l'âge, l'état matrimonial, l'occupation, le niveau de scolarité, le revenu personnel et familial. Des questions à propos de la durée de la thérapie, la présence de thérapies antérieures et leur durée, la fréquence des séances, le pourcentage de présence aux rencontres, la difficulté de rencontrer le thérapeute et la personne qui défraie les coûts de la thérapie sont également présentes. En dernier lieu, une brève description de la problématique, la prise de médicaments et la présence d'événements stressants depuis le début du processus thérapeutique sont demandées.

Les échelles utilisées ainsi que leurs propriétés psychométriques sont décrites dans la section suivante.

Les comportements interpersonnels sont mesurés à l'aide de *l'Échelle des Comportements Interpersonnels – perceptions du thérapeute* (ÉCI) élaborée par Otis et Pelletier (2000). Ce questionnaire auto-administré contient 35 items et mesure trois

dimensions des comportements interpersonnels : le soutien à l'autonomie (SA) (p. ex., « *Mon/ma thérapeute est toujours prêt(e) à m'aider à prendre une décision* »), la provision d'informations (INFO) ou soutien à la compétence (p. ex., « *Le feedback de mon/ma thérapeute est constructif, ce qui m'aide à m'améliorer* ») et l'implication dans les relations (CAR) ou besoin d'appartenance (p. ex., « *Mon/ma thérapeute semble être sincèrement intéressé(e) par ce que je fais* »). Le répondant indique sur une échelle de type Likert de 7 points allant de 1 (*jamais*) à 7 (*toujours*) dans quelle mesure l'item correspond au comportement de son thérapeute. Lors de la validation, les coefficients de cohérence interne étaient de 0,71 pour le soutien à l'autonomie, 0,89 pour la provision d'informations et 0,87 pour l'implication dans les relations. La structure factorielle de l'outil a été démontrée par une analyse factorielle confirmatoire. Dans la présente recherche, les coefficients alpha sont de 0,83 pour le soutien à l'autonomie, 0,77 pour la provision d'informations et de 0,73 (items 9 et 12 enlevés) pour l'implication dans les relations.

La motivation face à la thérapie est évaluée avec l'*Échelle de Motivation du Client face à la Thérapie* (ÉMCT). Cette échelle représente la version francophone du *Client Motivation for Therapy Scale* (CMOTS) (Pelletier et al., 1997) et est composée de 24 items répartis sur six sous-échelles (4 items chacune). On retrouve les sous-échelles de la motivation intrinsèque (MI) du client (p. ex., « *Pour la satisfaction que j'éprouve lorsque j'essaie d'atteindre mes objectifs personnels en cours de thérapie* »), quatre échelles pour les différents types de motivation extrinsèque (ME) (régulation intégrée (p.

ex., « *Pour l'intérêt que j'ai à mieux me comprendre* »), régulation identifiée (p. ex., « *Parce que j'aimerais apporter des changements à ma situation actuelle* »), régulation introjectée (p. ex., « *Parce que je me sentirais coupable de ne rien faire pour résoudre mes problèmes* ») et régulation externe (p. ex., « *Parce que d'autres personnes pensent que c'est une bonne idée pour moi d'être en thérapie* »)) et l'amotivation (AM) (p. ex., « *Honnêtement, je ne comprends vraiment pas ce que je peux retirer de la thérapie* ») en lien avec la thérapie. Le répondant évalue les raisons pour lesquelles il est en thérapie sur une échelle de type Likert allant de 1 (*ne correspond pas du tout*) à 7 (*correspond exactement*). La version expérimentale du « Client Motivation for Therapy Scale » a été distribuée dans différentes cliniques de la région d'Ottawa pour que les thérapeutes la distribuent à leurs clients. Les qualités psychométriques de la version originale sont adéquates pour les six sous-échelles. Des coefficients de consistance interne de 0,70 à 0,92 ont été obtenus (MI : 0,92, ME intégrée : 0,91, ME identifiée : 0,82, ME introjectée : 0,75, ME externe : 0,70 et AM : 0,91). Une récente étude (Boisvert, Lalande, Émond, & Pelletier, 2004) effectuée pour valider la version francophone a démontré que l'échelle possède des coefficients alpha variant de 0,63 à 0,84 (MI : 0,69, ME intégrée : 0,85, ME identifiée : 0,73, ME introjectée : 0,62 (item 10 enlevé), ME externe : 0,81 et AM : 0,74). Lors de la présente étude, les coefficients alpha obtenus sont les suivants : MI (0,73), ME intégrée (0,88), ME identifiée (0,70), ME introjectée (0,61) (item 10 enlevé), ME externe (0,83) et AM (0,78).

La santé mentale est mesurée à l'aide de sept instruments évaluant la détresse ainsi que le bien-être psychologique. Trois questionnaires mesurent la détresse psychologique et les quatre autres évaluent le bien-être psychologique. La *Mesure du Stress Psychologique* (MSP-A) contient 25 énoncés (Lemyre, Tessier, & Fillion, 1988) et représente la version abrégée du MSP version à 49 items. Cette mesure évalue l'intensité de l'expérience subjective de se sentir stressé selon des indicateurs cognitivo-affectifs, somatiques ou comportementaux (p. ex., « *Je suis tendu(e) ou crispé(e)* »). Le répondant indique sur une échelle de type Likert allant de 1 (*pas du tout*) à 8 (*énormément*) dans quelle mesure l'item correspond à ce qu'il ressent. La version longue de 49 énoncés possède une validité convergente satisfaisante avec des mesures de dépression (0,75 avec l'*Inventaire de dépression de Beck*) et d'anxiété (0,73 à 0,78 avec l'*Inventaire d'anxiété situationnelle et de trait pour âgé* de Spielberger). Elle possède également une bonne validité prédictive avec un coefficient de structure de 0,85 (Tessier, Fillion, Muckel, & Gendron, 1990). La MSP-49 corrèle très fortement avec la version abrégée (MSP-A) ($r = 0,98$). La MSP-A possède un coefficient de cohérence interne de 0,93 (0,95 pour la présente étude) et une fidélité test-retest de 0,68 sur un intervalle de deux semaines.

Le symptomatologie dépressive est évaluée à l'aide de l'*Inventaire de dépression de Beck* (IDB) (Gauthier, Thériault, Morin, & Lawson, 1982) traduction française du *Beck Depression Inventory* (BDI) (Beck, Ward, Mendelson, Moch, & Erbaugh, 1961). Cet outil, largement utilisé, mesure l'importance des symptômes dépressifs à l'aide de

21 items portant sur les aspects affectifs, cognitifs, comportementaux et somatiques de la dépression. Chaque énoncé comprend une série graduée de quatre ou cinq propositions qui reflètent le degré perçu du sentiment dépressif ressenti. Le résultat à l'IDB s'obtient en additionnant les valeurs numériques assignées à chacun des 21 items. Ces valeurs numériques varient de 0 (neutre) à 3 (intensité maximale). Le résultat total peut donc varier entre 0 et 63 puisque certains items contiennent des énoncés qui ont les mêmes valeurs numériques. L'intensité des symptômes dépressifs se répartit selon quatre niveaux : absence de dépression à dépression légère (0 à 9), dépression légère à modérée (10 à 18), dépression modérée à sévère (19 à 29) et dépression grave (30 à 63) (Beck, Steer, & Garbin, 1988).

Les auteurs de la version française du BDI, l'Inventaire de Dépression de Beck, ont procédé à une étude psychométrique auprès de 342 participants sélectionnés au hasard parmi la population générale inscrite au bottin téléphonique de la région métropolitaine de Québec. La consistance interne obtenue auprès de leur population est de 0,82. La fidélité test-retest au cours d'un intervalle de trois mois indique une bonne stabilité temporelle ($r=0,75$, $p < 0,001$). Les résultats obtenus sont comparables à ceux rapportés dans d'autres études auprès d'une population américaine (Beck, Rial, & Rickels, 1974; Beck et al., 1961; Reynolds & Gould, 1981). Cette version française du BDI s'avère fidèle et stable (Gauthier et al., 1982). L'indice de cohérence interne (alpha de cronbach) obtenu dans le cadre de la présente étude est de 0,91, ce qui est supérieur aux résultats mentionnés précédemment.

La dernière mesure pour évaluer la détresse psychologique est l'*Inventaire de Symptômes-10* (Nguyen, Attkisson, & Stegner, 1983). Cette version abrégée de 10 énoncés provient de la version longue de 90 énoncés (SCL-90) (Derogatis, 1977). Le répondant évalue les items de dépression, de somatisation et d'anxiété phobique sur une échelle de type Likert allant de 0 (*pas du tout*) à 4 (*extrêmement*) (p. ex., « *Sentiment de solitude* »). Cette mesure possède une cohérence interne satisfaisante avec un coefficient alpha de 0,88 et une fidélité test-retest de 0,59 après un délai de quatre mois. Dans la présente recherche, le coefficient alpha obtenu auprès de l'échantillon est de 0,86.

La *Mesure d'actualisation du potentiel* (MAP) (Leclerc, Lefrançois, Dubé, Hébert, & Gaulin, 1997) évalue le processus de développement du potentiel de la personne en congruence avec son image de soi et avec son expérience d'elle-même et de son environnement. La première dimension de référence à soi comporte les sous-échelles d'autonomie (6 items) (p. ex., « *Je suis une personne qui s'estime* ») et d'adaptation (4 items) (p. ex., « *Je m'adapte au changement* ») tandis que la seconde dimension de l'ouverture à l'expérience contient les sous-échelles d'ouverture à soi (6 items) (p. ex., « *J'écoute mes émotions* »), d'ouverture aux autres (6 items) (p. ex., « *Je suis capable de prévoir mes réactions* ») et d'ouverture à la vie (5 items) (p. ex., « *Je crois que la vie est bonne pour moi* »). Les 27 items de l'échelle globale sont cotés sur une échelle de type Likert allant de 1 (selon les items : *très peu ou très difficilement ou très rarement ou très mal*) à 5 (selon les items : *énormément ou très facilement ou très*

souvent ou très fortement ou très bien). Cette mesure détient une bonne cohérence interne avec un coefficient alpha de 0,88 et un coefficient de stabilité temporelle de 0,89. Dans la présente étude, le coefficient alpha est de 0,90.

L'*Échelle de satisfaction de vie* (ÉSAV) conçue par Diener, Emmons, Larsen et Griffin (1985), traduite et validée par Blais, Vallerand, Brière et Pelletier (1989), estime la qualité de vie d'une personne selon ses propres critères (p. ex., « *Mes conditions de vie sont excellentes* »). Cette mesure est composée de cinq énoncés avec un coefficient alpha de 0,89 (0,88 pour l'étude présente). Le répondant fait une évaluation globale de sa vie à l'aide des énoncés selon une échelle de type Likert allant de 1 (*fortement en désaccord*) à 7 (*fortement en accord*). Les scores peuvent varier de 5 à 35 où un score élevé indique une satisfaction de vie élevée.

L'*Échelle du sens à la vie* (ÉSEV), élaborée par Ryff (1989) et abrégée par Ryff et Essex (1992), mesure l'une des six dimensions du fonctionnement psychologique positif et non dysfonctionnel. Cette sous-échelle de 14 items, traduite et validée par Lapierre et Desrochers (1997), indique si la personne a des buts, si elle est orientée vers l'avenir et si elle accorde un sens à son présent et à son passé (p. ex., « *J'ai une direction dans la vie et ma vie a un sens* »). Le répondant indique sur une échelle de type Likert allant de 1 (*tout à fait en désaccord*) à 6 (*tout à fait d'accord*) dans quelle mesure l'item correspond à sa façon d'être ou d'agir. Plusieurs items sont inversés, le score global varie entre 14 et 84 et un score élevé indique un sens à la vie élevé. Le coefficient alpha

de cette échelle abrégée est de 0,88 pour l'échelle originale et de 0,67 pour la version française (Bouffard & Lapierre, 1997). Le coefficient alpha est de 0,84 auprès de l'échantillon actuel.

L'Échelle d'estime de soi (ÉES), version française de *Self-Esteem Scale* (Rosenberg, 1965), traduite et validée par Vallières et Vallerand (1990), estime la perception globale d'une personne quant à sa propre valeur. Les énoncés sont évalués selon une échelle de type Likert allant de 1 (*tout à fait d'accord*) à 4 (*pas du tout d'accord*). Cette échelle comprend dix énoncés avec un coefficient alpha de 0,76 (0,91 pour la présente étude).

Plan de l'expérience

Dans ce devis de recherche quantitatif corrélationnel, les comportements interpersonnels du thérapeute représentent la variable indépendante, la santé mentale, la variable dépendante et la motivation, la variable médiatrice. Par conséquent, il est possible de vérifier la relation entre ces variables. Le diagnostic ainsi que les différentes méthodes d'intervention sont des variables qui ne sont pas contrôlés. Ce devis transversal s'apparente à l'étude de type « ex post facto » (ou sélection après le fait) où les variables ne subissent pas l'intervention directe de la part du chercheur.

Le nombre de participants nécessaire pour effectuer les tests statistiques avec un alpha de 0,05 était de 88 pour une ampleur de l'effet de 0,3 et une puissance de 0,9 évalués à l'aide d'une analyse de puissance (G power).

Déroulement

Entre janvier 2003 et avril 2004, les thérapeutes (psychologues, stagiaires en psychologie ou intervenants psychosociaux) ont été contactés dans un premier temps afin de leur exposer l'objectif et les modalités de l'étude et connaître leur intérêt à y participer. Les milieux suivants ont été contactés: le Service de psychologie et d'orientation des cégep de Jonquière et de Chicoutimi, les CLSC du Saguenay-Lac-St-Jean, l'Hotel-Dieu de Roberval, plusieurs cliniques privées au Saguenay-Lac-St-Jean, la Clinique universitaire de psychologie ainsi que le Service aux étudiants de l'Université du Québec à Chicoutimi.

Les thérapeutes qui ont accepté de participer, ont proposé à leurs clients ayant bénéficié d'un minimum de trois rencontres, de participer sur une base volontaire à la recherche, à l'aide d'une feuille de directives conçue à cette fin (voir Appendice F). De plus, le thérapeute devait signer un formulaire de consentement (voir Appendice G) donnant son accord par rapport à la participation de son client à la recherche en cours et l'assurant que le thérapeute ne verrait jamais les données recueillies. Une fois que le consentement du client a été obtenu, le thérapeute lui a remis le questionnaire et a

proposé au client de le compléter sur place si désiré ou de le rapporter lors de la prochaine séance. Dans les deux cas, les questionnaires complétés ont dû être déposés dans une boîte sous clé identifiée à cet effet ou encore retournés par la poste à l'aide d'une enveloppe-réponse. La durée de passation du questionnaire était estimée à un maximum de 60 minutes.

Résultats

Ce chapitre présente les résultats de cette recherche et est divisé en deux sections. Premièrement, les analyses statistiques utilisées sont présentées globalement. Ensuite, les résultats obtenus aux analyses sont rapportés. Cette dernière section comprend les analyses préliminaires et les modèles statistiques qui évaluent le rôle médiateur de la motivation entre les comportements interpersonnels du thérapeute (ou soutien à l'autonomie, à la compétence et à l'appartenance) et les indicateurs de santé mentale.

Présentation des analyses statistiques

Les analyses préliminaires comprennent les statistiques descriptives se rapportant aux caractéristiques sociodémographiques des participants ainsi que les caractéristiques liées au contexte psychothérapeutique. Les trois hypothèses où la motivation du client face à la thérapie serait un médiateur entre les trois comportements interpersonnels, le soutien à l'autonomie, à la compétence et à l'appartenance, et les divers indicateurs de santé mentale ont été vérifiées avec une analyse acheminatoire effectuée à l'aide de régressions hiérarchiques. Le rôle médiateur de la motivation sur la relation entre les comportements interpersonnels du thérapeute et les indicateurs de santé mentale a été analysé par le biais de l'approche préconisée par Baron et Kenny (1986). Dans un premier temps, cette approche est décrite théoriquement et par la suite les résultats des analyses de régression utilisées sont présentés.

Analyses préliminaires

Caractéristiques sociodémographiques des participants

Le Tableau 1 présente les caractéristiques sociodémographiques des participants. Les femmes représentent 69,3% de l'échantillon et les hommes 30,7%. L'âge moyen est de 37,6 ans ($\bar{ET}=11,08$) et la majorité des participants sont âgés entre 36 et 45 ans. L'âge moyen des femmes est de 36,7 ans ($\bar{ET}=11,30$) réparti entre 18 et 64 ans et l'âge moyen des hommes est de 39,8 ans ($\bar{ET}=10,43$) variant de 18 à 55 ans. Pour ce qui est de l'état matrimonial, 58,0% des participants sont mariés ou conjoints de fait, 26,1% sont célibataires et 15,9% sont séparés ou divorcés. La majorité de l'échantillon travaille à temps plein (56,2%), 16,4% sont étudiants à temps plein, 15,1% travaillent à temps partiel, 4,1% sont sur le chômage, 4,1% sont à la retraite et 4,1% ont une autre occupation principale. Au niveau du revenu, 27,3% gagnent moins de 15 000\$, 18,2% gagnent entre 15 000\$ et 24 999\$, 20,5% gagnent entre 25 000\$ et 34 999\$, 9,1% gagnent entre 35 000\$ et 44 999\$, 10,2% gagnent entre 45 000\$ et 54 999\$, 11,4% gagnent plus de 55 000\$ et 3,4% n'ont aucun revenu. Quant à la scolarité, 5,6% n'ont pas complété leur secondaire, 19,3% ont un diplôme d'études secondaires (DES), 8,0% n'ont pas complété leurs études collégiales, 31,8% ont un diplôme d'études collégiales (DEC), 1,1% ont un certificat universitaire, 11,4% n'ont pas complété leur baccalauréat, 13,6% ont complété un baccalauréat, 8,0% ont complété une maîtrise et 1,1% ont complété un doctorat.

Tableau 1
Caractéristiques sociodémographiques des participants

Variables	Résultats	
	n	%
Sexe		
Féminin	61	69,3
Masculin	27	30,7
Âge		
18-25 ans	18	21,7
26-35 ans	16	19,3
36-45 ans	25	30,1
46-55 ans	23	27,7
55 et plus	1	1,2
État Matrimonial		
Marié/conjoint de fait	51	58,0
Célibataire	23	26,1
Séparé/divorcé	14	15,9
Veuf	0	0
Principale Occupation		
Travail à temps plein	41	56,2
Travail à temps partiel	11	15,1
Chômage	3	4,1
Retraite	3	4,1
Études à temps plein	12	16,4
Autres	3	4,1
Revenu		
Moins de 15 000\$	24	27,3
Entre 15 000\$ et 24 999\$	16	18,2
Entre 25 000\$ et 34 999\$	18	20,5
Entre 35 000\$ et 44 999\$	8	9,1
Entre 45 000\$ et 54 999\$	9	10,2
55 000\$ et plus	10	11,4
Aucun revenu	3	3,4

Tableau 1

Caractéristiques sociodémographiques des participants (suite)

Variables	Résultats	
	n	%
Scolarité		
Secondaire non complété	5	5,6
Secondaire complété	17	19,3
Études collégiales non complétées	7	8,0
Études collégiales complétées	28	31,8
Certificat universitaire complété	1	1,1
Baccalauréat non complété	10	11,4
Baccalauréat complété	12	13,6
Maîtrise complétée	7	8,0
Doctorat complété	1	1,1

Note. En raison des données manquantes, la somme des participants ne totalise pas 88 individus dans tous les cas.

Caractéristiques liées au contexte psychothérapeutique

Tel qu'indiqué au Tableau 2, le temps moyen passé en thérapie avec le thérapeute actuel est de 15,0 mois ($\bar{ET} = 17,86$), variant de 1 à 84 mois. Près de la majorité des participants consulte depuis 12 mois et plus (49,4%). Le nombre de séances moyen est de 31,8 ($\bar{ET} = 44,56$), réparties entre 3 et 260 séances dont près de la majorité de l'échantillon ayant 20 séances et plus (49,2%). Quant à la fréquence des consultations, 54,0% des participants ont une rencontre une fois par semaine, 29,9% une fois aux 15 jours, 8,0% une fois par mois, 3,4% deux fois par semaine et 4,6% ont d'autres arrangements. Plus de la moitié de l'échantillon (52,3%) ont déjà vu un autre

Tableau 2

Caractéristiques du contexte psychothérapeutique

Variables	Résultats	
	n	%
Durée de la thérapie		
Moins de trois mois	16	19,8
Entre trois et six mois	14	17,3
Entre six et neuf mois	8	9,9
Entre neuf et douze mois	3	3,7
Douze mois et plus	40	49,4
Nombre de séances		
Moins de cinq séances	7	10,8
Entre cinq et neuf séances	14	21,5
Entre dix et quatorze séances	8	12,3
Entre quinze et dix-neuf séances	4	6,2
Vingt séances et plus	32	49,2
Autres thérapeutes		
Oui	46	52,3
Non	42	47,7
Fréquence des rencontres		
Une fois semaine	47	54,0
Deux fois semaine	3	3,4
Une fois aux deux semaines	26	29,9
Une fois par mois	7	8,0
Autres	4	4,6
Présence aux séances		
Entre 75 et 100%	85	97,7
Entre 50 et 75%	1	1,1
Entre 25 et 50%	1	1,1
Difficulté à voir le thérapeute		
Oui	7	8,0
Non	81	92,0

Tableau 2

Caractéristiques du contexte psychothérapeutique (suite)

Variables	Résultats	
	n	%
Paiement des honoraires		
Client même	45	51,1
Autre source (tiers payeur)	43	48,9
Prise de médication		
Oui	37	42,0
Non	51	58,0
Type de médicaments		
Antidépresseurs	33	37,5
Anxiolytiques	2	2,3
Autres	2	2,3
Motif de consultation		
Anxiété/angoisse	11	12,5
Connaissance de soi/croissance personnelle	7	8,0
Dépression	14	15,9
Difficultés liées à un événement stressant	3	3,4
Difficultés de communication interpersonnelle	1	1,1
Difficultés relationnelles	10	11,4
Difficultés liées au contexte de vie	11	12,5
Épuisement professionnel	1	1,1
Estime de soi/confiance en soi	8	9,1
Phobies	1	1,1
Troubles de l'alimentation	1	1,1
Victime de sévices sexuels	2	2,3
Violence	1	1,1
Problèmes familiaux	9	10,2
Autres	8	9,1
Événements stressants depuis le début des consultations		
Oui	52	59,1
Non	36	40,9

Tableau 2

Caractéristiques du contexte psychothérapeutique (suite)

Variables	Résultats	
	n	%
Type d'événements stressants		
Divorce	15	17,0
Deuil	14	15,9
Perte d'emploi	7	8,0
Conflits familiaux	1	1,1
Maladie	7	8,0
Autres	8	9,1

Note. En raison des données manquantes, la somme des participants ne totalise pas 88 individus dans tous les cas.

thérapeute et près de l'autre moitié (47,7%) consultent leur premier thérapeute. Lorsque les participants doivent estimer leur pourcentage de présence, 97,7% estiment être présents entre 75% et 100% du temps, 1,1% entre 50% et 75% et 1,1% entre 25% et 50% du temps. La majorité des personnes (92,0%) n'ont pas de difficulté à voir leur thérapeute et 8,0% éprouvent de la difficulté à le rencontrer. Près de la moitié des participants paient les honoraires eux-mêmes (51,1%) et près de l'autre moitié (48,9%) défraient les honoraires à l'aide d'une autre source (tiers payeur). Quant à la médication, 58,0% des répondants ne prennent pas de médication et 42,0% en prennent. Dans l'affirmative, le type de médication rapporté sont des antidépresseurs en majorité (37,5%), des anxiolytiques (2,3%) ou encore d'autres types de médicaments (2,3%). Le motif principal de consultation identifié par les participants est la dépression (15,9%), l'anxiété/angoisse (12,5%), les difficultés liées au contexte de vie (12,5%), les difficultés

au niveau relationnel (11,4%), les problèmes familiaux (10,2%), l'estime de soi et la confiance en soi (9,1%), la connaissance de soi/croissance personnelle (8,0%), les difficultés liées à un événement stressant (3,4%), victime de sévices sexuels (2,3%), l'épuisement professionnel (1,1%), les phobies (1,1%), les troubles de l'alimentation (1,1%), la violence (1,1%), les difficultés au niveau de la communication interpersonnelle (1,1%) ou d'autres problématiques (9,1%). Depuis le début des consultations en psychothérapie, 59,1% ont vécu des événements stressants et 40,9% n'en n'ont pas vécu. Parmi ces événements, il y a un divorce (17,0%), un deuil (15,9%), une perte d'emploi (8,0%), un conflit familial (1,1%), une maladie (8,0%) ou un autre événement (9,1%).

Il est possible de consulter les moyennes des variables (voir Appendice H) ainsi que la matrice de corrélations entre les variables (voir Appendice I) pour observer les relations entre celles-ci.

Vérification des hypothèses de recherche

La première hypothèse stipule que la motivation du client face à la thérapie est un médiateur entre le soutien à l'autonomie de la part du thérapeute et les indicateurs de santé mentale du client. La deuxième hypothèse stipule que la motivation du client face à la thérapie est un médiateur entre le soutien à la compétence de la part du thérapeute et les indicateurs de santé mentale du client. La troisième et dernière hypothèse prévoit

que la motivation du client face à la thérapie est un médiateur entre le soutien à l'appartenance de la part du thérapeute et les indicateurs de santé mentale du client. Dans un premier temps, la démarche statistique utilisée pour mettre ces hypothèses à l'épreuve est présentée de manière théorique. Par la suite, les résultats obtenus à l'aide de la méthode statistique utilisée sont exposés.

Modèle de médiation

Pour vérifier les hypothèses de médiation, la stratégie de régression proposée par Baron et Kenny (1986) a été retenue. La première condition stipule que la variable indépendante (le soutien à l'autonomie, à la compétence et à l'appartenance) doit contribuer de façon significative à la prédiction de la variable identifiée comme médiatrice (la motivation du client face à la thérapie). Le second postulat soutient que la variable indépendante (le soutien à l'autonomie, à la compétence et à l'appartenance) doit contribuer significativement à la prédiction de la variable dépendante (les indicateurs de santé mentale). La troisième condition stipule que la variable médiatrice (la motivation du client face à la thérapie) doit prédire la variable dépendante (les indicateurs de santé mentale). Enfin, la dernière condition implique qu'au moment où le médiateur et la variable indépendante sont insérés conjointement dans l'équation de régression, le médiateur permet de prédire significativement la variable dépendante, alors que la contribution de la variable indépendante à la prédiction de la variable

dépendante diminue de façon significative lorsque comparée à l'étape précédente (Baron & Kenny, 1986).

Pour vérifier le premier postulat, le Tableau 3 présente les coefficients des analyses de régressions linéaires simples réalisées sur les sous-échelles de la motivation dont la motivation intrinsèque (MI), la motivation extrinsèque à régulation intégrée (ME intégrée), la motivation extrinsèque à régulation identifiée (ME identifiée), la motivation extrinsèque à régulation introjectée (ME introjectée), la motivation extrinsèque à régulation externe (ME externe) et l'amotivation (AM) en utilisant successivement le soutien à l'autonomie, à la compétence et à l'appartenance comme variables prédictrices. La motivation autodéterminée comprend la MI, ME intégrée et ME identifiée tandis que la motivation non-autodéterminée comprend la ME introjectée, ME externe et l'AM. Plusieurs liens significatifs sont observés entre les variables indépendantes et les diverses sous-échelles de la variable potentiellement médiatrice. En effet, le soutien à l'autonomie est significativement et positivement corrélé aux MI ($\beta = 0,23, p < 0,05$), ME intégrée ($\beta = 0,46, p < 0,001$) et motivation autodéterminée ($\beta = 0,37, p < 0,001$) tandis qu'il est significativement et négativement corrélé aux ME introjectée ($\beta = -0,39, p < 0,001$), ME externe ($\beta = -0,39, p < 0,001$), amotivation ($\beta = -0,57, p < 0,001$) ainsi qu'à la motivation non-autodéterminée ($\beta = -0,55, p < 0,001$). Quant à la ME identifiée, elle est positivement corrélée au soutien à l'autonomie ($\beta = 0,15$), mais de manière non significative.

Tableau 3

Coefficients de régression (beta) sur les sous-échelles de la motivation en fonction des variables indépendantes soutien à l'autonomie, à la compétence et à l'appartenance

Variables	Motivation intrinsèque	Motivation intégrée	Motivation identifiée	Motivation introjectée	Motivation externe	Amotivation	Auto-déterminée	Non-autodéterminée
	β	β	β	β	β	β	β	β
Soutien autonomie	0,23*	0,46***	0,15	-0,39***	-0,39***	-0,57***	0,37***	-0,55***
Soutien compétence	0,24*	0,57***	0,08	-0,26*	-0,07	-0,50***	0,40***	-0,35**
Soutien appartenance	0,21	0,44***	0,09	-0,11	-0,01	-0,33**	0,33**	-0,17

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

Le soutien à la compétence est lié de manière significative et positive à la MI ($\beta = 0,24$, $p < 0,05$), à la ME intégrée ($\beta = 0,57$, $p < 0,001$) et à la motivation autodéterminée ($\beta = 0,40$, $p < 0,001$), de manière significative et négative à la ME introjectée ($\beta = -0,26$, $p < 0,05$), à l'AM ($\beta = -0,50$, $p < 0,001$) et à la motivation non-autodéterminée ($\beta = -0,35$, $p < 0,01$), de manière non significative positive à la ME identifiée ($\beta = 0,08$) et de manière non significative et négative à la ME externe ($\beta = -0,07$).

Finalement, le soutien à l'appartenance est corrélé de manière significative positive à la ME intégrée ($\beta = 0,44$, $p < 0,001$) et à la motivation autodéterminée ($\beta =$

0,33, $p < 0,01$) et négative à l'AM ($\beta = -0,33, p < 0,01$), de manière non significative positive à la MI ($\beta = 0,21$) et à la ME identifiée ($\beta = 0,09$) et négative à la ME introjectée ($\beta = -0,11$), à la ME externe ($\beta = -0,01$) et à la motivation non-autodéterminée ($\beta = -0,17$).

Pour la vérification du second postulat, une série d'analyses de régression linéaire simple ont été conduites pour prédire les indicateurs de santé mentale à partir des variables indépendantes. Ainsi, le Tableau 4 révèle que le soutien à l'autonomie prédit de façon significative les indicateurs de santé mentale que sont le sens à la vie ($\beta = 0,25, p < 0,05$) ainsi que certaines sous-échelles du MAP dont l'ouverture aux autres ($\beta = 0,37, p < 0,001$) et la dimension de l'ouverture à l'expérience (moyenne des items des sous-échelles ouverture à soi, ouverture aux autres et ouverture à la vie) ($\beta = 0,26, p < 0,05$). En ce qui concerne les autres indicateurs de santé mentale, aucun lien significatif ne les unit au soutien à l'autonomie ($\beta = -0,07$ à 0,17).

Quant aux deux autres formes de soutien de la part du thérapeute que sont le soutien à la compétence et à l'appartenance, ils ne sont liés significativement à aucun indicateur de santé mentale que ce soit le stress psychologique, la dépression, les symptômes psychologiques, l'estime de soi, le sens à la vie, la satisfaction de vie ou une des sous-échelles de l'actualisation du potentiel ($\beta = -0,18$ à 0,20). À la lumière de ces derniers résultats, il est donc possible d'affirmer que les deux dernières hypothèses ne peuvent pas être confirmées.

Tableau 4

Coefficients de régression (beta) sur les indices de santé mentale en fonction des variables indépendantes soutien à l'autonomie, à la compétence et à l'appartenance

Variables	Stress	Dépression	Symptômes	MAP	MAP	MAP	MAP	MAP	MAP	MAP	Satisfac-	Sens à la	Estime de
			psycho- logiques	Autonomie	Adaptation	Ouverture à soi	Ouverture autres	Ouverture à la vie	Référence à soi	Ouverture expérience	tion de vie	vie	soi
	β	β	β	β	β	β	β	β	β	β	β	β	β
Soutien autonomie	-0,06	-0,06	-0,07	0,09	0,03	0,13	0,37***	0,17	0,07	0,26*	0,03	0,25*	0,09
Soutien compétence	0,01	0,04	-0,003	-0,02	-0,06	0,09	0,20	0,20	-0,04	0,19	0,04	0,13	0,02
Soutien appartenance	0,07	0,14	0,08	-0,15	-0,18	-0,10	0,01	0,05	-0,18	-0,03	-0,06	-0,03	-0,10

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

Finalement, la vérification du troisième postulat a permis d'identifier la présence de sept modèles de médiation significatifs et aussi de corroborer partiellement la première hypothèse. Les Figures 1 à 7 présentent ces modèles médiateurs avec leurs coefficients beta.

Tel que l'indique la Figure 1, le lien entre le soutien à l'autonomie et l'ouverture à l'expérience (sous-échelles ouverture à soi, aux autres et à la vie) n'est plus significatif lorsque la motivation non-autodéterminée (AM, ME externe et ME introjectée) est considérée. Il semble donc que le lien entre le soutien à l'autonomie et l'ouverture à l'expérience soit indirect et qu'il découle du niveau de motivation non-autodéterminée. Effectivement, les analyses démontrent que les clients qui rapportent un faible soutien à l'autonomie de la part du thérapeute présentent un score moyen plus élevé de motivation non-autodéterminée, lequel est lié à une moins grande ouverture à l'expérience ou encore que les clients qui rapportent un fort soutien à l'autonomie de la part du thérapeute présentent un score moyen plus faible de motivation non-autodéterminée, lequel est lié à une plus grande ouverture à l'expérience.

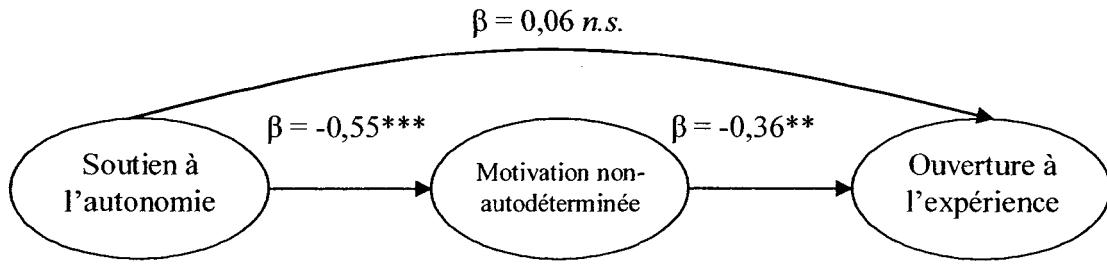


Figure 1. Modèle de médiation entre le soutien à l'autonomie, l'ouverture à l'expérience et la motivation non-autodéterminée.

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

La Figure 2 présente le lien entre le soutien à l'autonomie et l'ouverture aux autres qui n'est plus significatif lors de l'ajout de la motivation non-autodéterminée (AM, ME externe et ME introjectée). Il apparaît que le lien entre le soutien à l'autonomie et l'ouverture aux autres ne soit pas direct, mais qu'il dépende du niveau de motivation non-autodéterminée. En effet, les analyses montrent qu'un faible niveau de soutien à l'autonomie perçu par les clients est relié à une motivation non-autodéterminée plus élevée, qui elle est liée à une moins grande ouverture aux autres ou à l'inverse qu'un fort soutien à l'autonomie perçu par les clients est relié à une motivation non-autodéterminée plus faible, qui elle est liée à une plus grande ouverture aux autres.

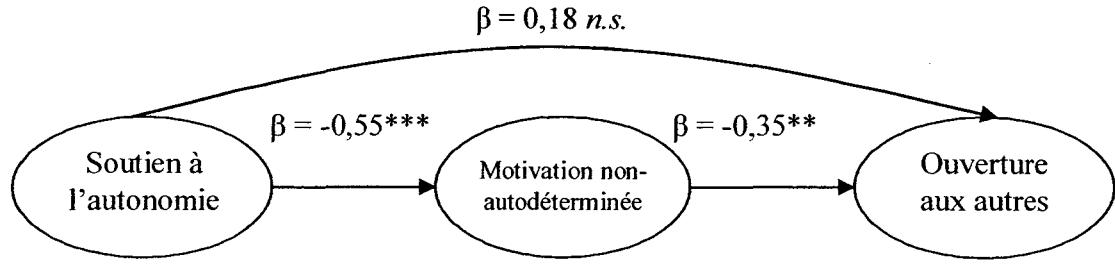


Figure 2. Modèle de médiation entre le soutien à l'autonomie, l'ouverture aux autres et la motivation non-autodéterminée.

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

Tel qu'illustré à la Figure 3, le lien entre le soutien à l'autonomie et le sens à la vie n'est plus significatif lorsque la motivation non-autodéterminée (AM, ME externe et ME introjectée) est considérée. Il semble que le lien entre le soutien à l'autonomie et le sens à la vie ne soit pas direct, mais qu'il dépende du niveau de motivation non-autodéterminée. Effectivement, les analyses montrent que les clients qui perçoivent un faible soutien à l'autonomie de la part du thérapeute présentent une motivation non-autodéterminée plus élevée, laquelle est reliée à un score plus faible à l'échelle du sens à la vie ou au contraire que les clients qui perçoivent un fort soutien à l'autonomie de la part du thérapeute présentent une motivation non-autodéterminée plus faible, laquelle est reliée à un score plus élevé à l'échelle du sens à la vie.

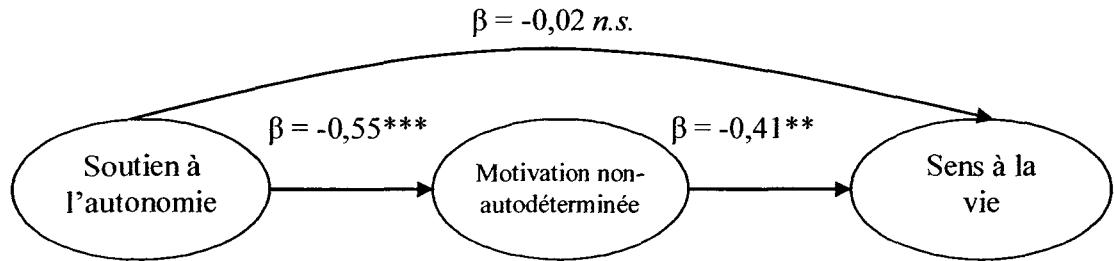


Figure 3. Modèle de médiation entre le soutien à l'autonomie, le sens à la vie et la motivation non-autodéterminée.

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

La Figure 4 présente le lien entre le soutien à l'autonomie et l'ouverture à l'expérience (moyenne des items des sous-échelles ouverture à soi, ouverture aux autres et ouverture à la vie) qui n'est plus significatif lors de l'ajout de l'AM. Ce lien semble donc indirect et semble dépendre du niveau d'AM. Ainsi, un faible soutien à l'autonomie perçu par les clients prédit une AM plus élevée du client face à la thérapie, qui est elle-même liée à une mesure d'ouverture à l'expérience moins élevée ou à l'inverse un fort soutien à l'autonomie perçu par les clients prédit une AM plus faible du client face à la thérapie, qui est elle-même liée à une mesure d'ouverture à l'expérience plus élevée.

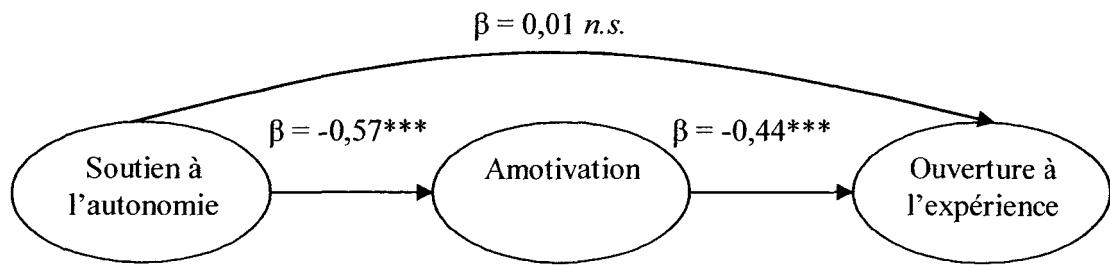


Figure 4. Modèle de médiation entre le soutien à l'autonomie, l'ouverture à l'expérience et l'amotivation.

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

La Figure 5 montre le lien entre le soutien à l'autonomie et l'ouverture aux autres qui n'est plus significatif lorsque l'AM est considérée. Il apparaît que le lien entre le soutien à l'autonomie et l'ouverture aux autres ne soit pas direct et qu'il dépende du niveau d'AM. D'ailleurs, les analyses montrent que les clients qui rapportent un faible soutien à l'autonomie de la part du thérapeute présentent un score moyen plus élevé d'AM, lequel est lié à une moins grande ouverture aux autres ou encore que les clients qui rapportent un fort soutien à l'autonomie de la part du thérapeute présentent un score moyen plus faible d'AM, lequel est lié à une plus grande ouverture aux autres.

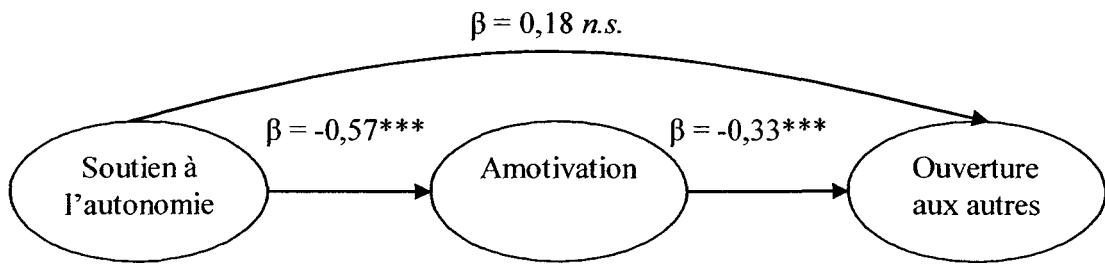


Figure 5. Modèle de médiation entre le soutien à l'autonomie, l'ouverture aux autres et l'amotivation.

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

La Figure 6 fait ressortir le lien entre le soutien à l'autonomie et le sens à la vie. Ce lien n'est plus significatif lorsque l'AM est ajoutée. En effet, il semble que le lien entre le soutien à l'autonomie et le sens à la vie soit indirect et qu'il dépende de l'AM. Les analyses montrent qu'un faible soutien à l'autonomie perçu par les clients est relié à une plus grande AM, qui est elle-même liée à une mesure du sens à la vie moins élevée ou inversement qu'un fort soutien à l'autonomie perçu par les clients est relié à une plus faible AM, qui est elle-même liée à une mesure du sens à la vie plus élevée.

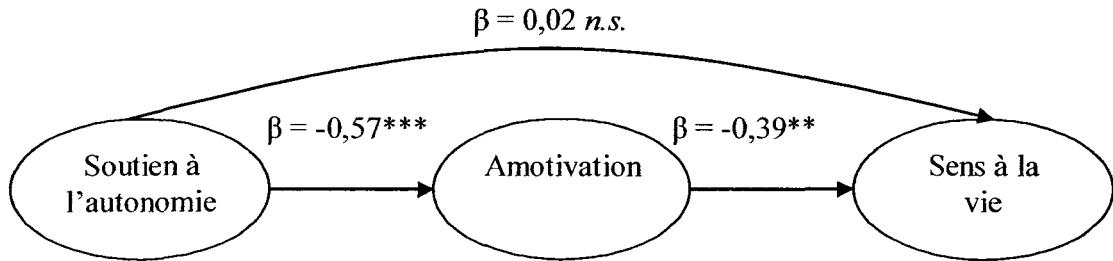


Figure 6. Modèle de médiation entre le soutien à l'autonomie, le sens à la vie et l'amotivation.

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

La Figure 7 illustre le lien entre le soutien à l'autonomie et le sens à la vie qui n'est plus significatif lorsque la ME externe est considérée. Il semble donc que le lien entre le soutien à l'autonomie et le sens à la vie ne soit pas direct, mais qu'il dépende du niveau de ME externe. En effet, les analyses démontrent qu'un faible soutien à l'autonomie de la part du thérapeute prédit un score moyen plus élevé de ME externe, lequel est lié à un score plus faible à l'échelle de sens à la vie ou qu'un fort soutien à l'autonomie de la part du thérapeute prédit un score moyen plus faible de ME externe, lequel est lié à un score plus élevé à l'échelle de sens à la vie.

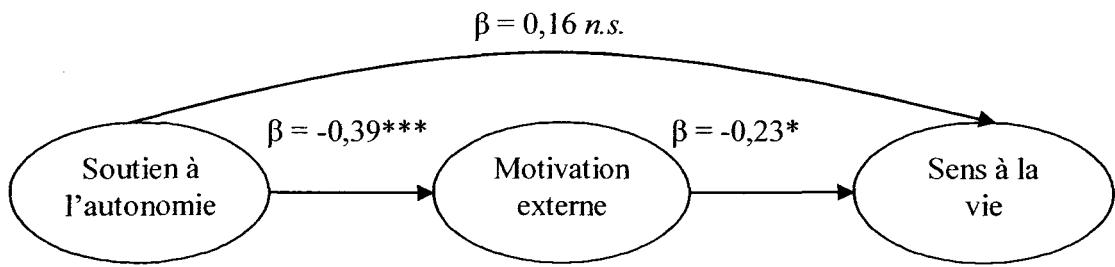


Figure 7. Modèle de médiation entre le soutien à l'autonomie, le sens à la vie et la motivation extrinsèque à régulation externe.

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

En bref, ces résultats apportent un soutien partiel au modèle de médiation du soutien à l'autonomie. Il est possible d'observer que le modèle médiateur s'applique à l'extrême la moins autodéterminée du continuum. Un fort soutien à l'autonomie perçu par les clients est relié à une plus faible motivation non-autodéterminée face à la thérapie, reliée à son tour à une ouverture à l'expérience et aux autres ainsi qu'à un sens à la vie plus élevés chez les clients ou à l'inverse un faible soutien à l'autonomie perçu par les clients est relié à une motivation non-autodéterminée face à la thérapie plus élevée, reliée à son tour à une ouverture à l'expérience et aux autres ainsi qu'à un sens à la vie plus faibles chez les clients. De plus, un fort soutien à l'autonomie perçu par les clients est associé à une plus faible AM face à la thérapie, laquelle est liée à une ouverture à l'expérience et aux autres ainsi qu'à un sens à la vie plus élevés pour les clients ou encore un faible soutien à l'autonomie perçu par les clients est associé à une AM face à la thérapie plus élevée, laquelle est liée à une ouverture à l'expérience et aux autres ainsi qu'à un sens à la vie plus faibles pour les clients. Finalement, un fort soutien

à l'autonomie perçue par les clients est en lien avec une plus faible ME externe face à la thérapie, qui à son tour est liée à un plus grand sens à la vie chez les clients ou encore un faible soutien à l'autonomie perçue par les clients est en lien avec une ME externe face à la thérapie plus élevée, qui à son tour est liée à un sens à la vie plus faible chez les clients.

Discussion

Ce chapitre, divisé en cinq parties, présente une interprétation des résultats de la présente étude. Suite à un bref rappel des objectifs et des résultats, la deuxième partie analyse les résultats obtenus relativement aux hypothèses de recherche. Par la suite, les implications théoriques et pratiques reliées aux résultats sont exposées. La quatrième partie présente les forces et les limites liées à l'étude. Quant à la dernière partie, des pistes de recherches futures y sont proposées.

Bref rappel des objectifs et résultats de la recherche

L'objectif principal de la présente étude visait à vérifier si la motivation du client face à la thérapie agissait comme variable médiatrice entre les liens qui unissent les indicateurs de santé mentale de clients adultes en psychothérapie au soutien à l'autonomie, à la compétence et à l'appartenance de la part du thérapeute. Les analyses de régression ont révélé que le modèle de médiation s'applique seulement avec le soutien à l'autonomie perçu par le client (Hypothèse 1). Ainsi, plus les clients perçoivent que leur thérapeute leur donne un choix, les encourage dans leurs initiatives ou respecte leurs décisions, moins les clients présentent une motivation non-autodéterminée ou une absence de motivation face à la thérapie ou encore une motivation extrinsèque à régulation externe (ME externe). De plus, la motivation non-autodéterminée ainsi que l'amotivation (AM) moins élevées des clients face à la thérapie sont associées à un sens à la vie, à une ouverture aux autres et à l'expérience plus élevés, la ME externe moins élevée est associée uniquement à un sens à la vie plus élevé. À

l'inverse, moins les clients perçoivent ces comportements de la part de leur thérapeute, plus ils présentent une motivation non-autodéterminée, une absence de motivation face à la thérapie ou une ME externe. La motivation non-autodéterminée et l'AM plus élevées sont associées à un sens à la vie, à une ouverture aux autres et à l'expérience plus faibles, la ME externe plus élevée est associée uniquement à un sens à la vie plus faible. Toutefois, le modèle de médiation proposé ne s'applique pas lorsqu'il s'agit de la perception des clients du soutien à la compétence et à l'appartenance de la part du thérapeute (Hypothèses 2 et 3). Cette étude a également permis d'examiner la validité de la version francophone du *Client Motivation for Therapy Scale* (CMOTS).

Bref, le soutien à l'autonomie est un prédicteur significatif de l'extrémité la moins autodéterminée du continuum de la motivation face à la thérapie (motivation non-autodéterminée, AM et ME externe). Ces variables médiatrices sont à leur tour reliées significativement à l'actualisation de soi ainsi qu'au sens à la vie. En résumé et conformément à ce qui a été stipulé à l'hypothèse 1, lorsque le client perçoit que son thérapeute soutient fortement son autonomie, sa motivation face à la thérapie est moins non-autodéterminée et certaines mesures de bien-être sont plus élevées.

Analyse des résultats relatifs aux hypothèses de recherche

Effet médiateur de la motivation entre le soutien à l'autonomie et les indicateurs de santé mentale

Conformément à la première hypothèse, la motivation joue un rôle médiateur entre le soutien à l'autonomie et les indicateurs de santé mentale. Cependant, ce modèle de médiation est significatif seulement pour la motivation non-autodéterminée en lien avec l'ouverture à l'expérience, l'ouverture aux autres et le sens à la vie, pour l'AM en lien avec l'ouverture à l'expérience, l'ouverture aux autres et le sens à la vie ainsi que pour la ME externe en lien avec le sens à la vie. En ce qui concerne les autres indicateurs de santé mentale ainsi que les autres types de motivation, aucun lien significatif n'a pu être démontré. Les résultats obtenus proposent qu'un faible soutien à l'autonomie perçu par les clients est lié à une motivation non-autodéterminée, une AM ou une ME externe plus élevées, qui à leur tour sont liées soit à un sens à la vie, une ouverture aux autres ou une ouverture à l'expérience moins élevés. Ainsi, le modèle médiateur testé relatif au soutien à l'autonomie s'applique partiellement à l'échantillon clinique de la présente étude, en l'occurrence à des clients en thérapie.

Tout d'abord, pour ce qui est des études menées en contextes non-cliniques, les résultats de la présente étude relativement à la première hypothèse de recherche rejoignent ceux d'autres études. Ryan et al. (1993) ont démontré, dans une population

chrétienne, que l'introjection des valeurs religieuses est associée négativement à l'ajustement psychologique comme par exemple l'estime de soi et l'actualisation de soi. Le sens à la vie n'était cependant pas mesuré dans l'étude de Ryan et al. (1993). En contexte de soins de santé ou de sport, lorsque les personnes perçoivent les autres comme soutenant faiblement leur comportement (leurs besoins), ceci a un effet négatif sur leur motivation, leur persistance et leur bien-être (Ryan & Deci, 2000). De plus, les loisirs effectués par des étudiants de niveau collégial avec une motivation extrinsèque à régulation introjectée (ME introjectée) sont faiblement associés au bien-être et les loisirs avec une ME externe ou sans motivation (AM) sont associés au bien-être de manière négative (Pelletier et al., 1995). Finalement, Ryan et Solky (1996) affirment que les relations qui ne soutiennent pas l'autonomie peuvent nuire au bien-être.

Cependant, d'autres études menées également en contextes non-cliniques, ne corroborent pas les résultats de la présente recherche. En effet, nos résultats ne concordent pas avec ceux de Larouche (2005), obtenus auprès d'adolescents, où la dépression est corrélée négativement avec le soutien à l'autonomie des parents chez des jeunes de 14 à 17 ans de milieu scolaire. Pour d'autres études encore, les résultats ont lié l'autonomie au bien-être. Les parents soutenant l'autonomie de leurs enfants ont des enfants avec un comportement plus autonome et de meilleurs résultats scolaires (Deci & Ryan, 2002; Grolnick & Ryan, 1989). Les étudiants qui ont des professeurs soutenant leur autonomie perçoivent mieux leur autonomie et leur compétence, sont plus motivés, ont une meilleure compréhension, une meilleure confiance et estime de soi et s'ajustent

mieux psychologiquement (Deci & Ryan, 2002; Ryan & Grolnick, 1986; Ryan & Solky, 1996; Williams & Deci, 1998). Finalement, en contexte de travail, le personnel dont les employeurs soutiennent leur autonomie sont plus confiants face à la compagnie, se préoccupent moins du salaire, sont plus satisfaits et plus motivés (Deci, 1995; Deci et al., 1989). Il n'a également pu être démontré dans la présente étude en contexte psychothérapeutique que les facteurs contextuels et environnementaux qui soutiennent l'autonomie aident au développement de la motivation intrinsèque (MI) et à son tour au bien-être comme l'avait fait Leak et Cooney (2001) dans un contexte de relations amoureuses. Il est possible que la relation thérapeutique apporte un soutien différent de la relation parents-enfant, enseignant-étudiant, employeur-employé et amoureux-amoureuse.

Pour ce qui est des études conduites cette fois en contextes cliniques, certaines vont dans le même sens que les présents résultats. Pour Pelletier et al. (1997), les conséquences positives associées aux séances de thérapie et les construits associés à un fonctionnement psychologique positif sont positivement corrélés aux formes de motivation plus autodéterminées et négativement aux types de motivation moins autodéterminées. La deuxième partie de l'énoncé a pu être confirmée car la motivation a été liée négativement à des indicateurs de bien-être psychologique, c'est-à-dire au sens à la vie et à certaines dimensions de l'actualisation du potentiel. Pelletier et al. (1997) ont aussi mis en évidence que de plus hauts niveaux de motivation autodéterminée sont positivement associés à une meilleure perception du comportement du thérapeute

comme soutenant l'autonomie, la compétence et l'appartenance tandis que la motivation non-autodéterminée est associée à la perception d'un climat plus contrôlant (Pelletier et al., 1997). Encore une fois, la dernière partie concernant la motivation non-autodéterminée liée à la perception d'un climat plus contrôlant a pu être démontré dans l'étude actuelle. En effet, le soutien à l'autonomie a été associé négativement à la motivation non-autodéterminée. Igreja et al. (2000) ont quant à eux démontré dans une population d'hommes homosexuels porteurs du VIH ou atteints du SIDA que l'introjection de leurs buts personnels est reliée positivement à la détresse et négativement au bien-être et à la santé mentale car le besoin d'autonomie reste insatisfait.

Toujours en contextes cliniques, les résultats actuels n'ont pu rejoindre d'autres études comme celle de Sheldon et al. (2003) qui mentionnent que les médecins en relation avec leurs patients de manière à ce que ces derniers se sentent compétents et autonomes, ont des patients qui internalisent mieux l'objectif de santé et qui sont plus autodéterminés dans leurs raisons à atteindre cet objectif. Aussi, Williams et al. (2000; 1996) proposent que le soutien à l'autonomie du médecin en consultation médicale est positivement reliée à la santé mentale et physique du patient. Par exemple, le médecin soutenant l'autonomie de son patient peut améliorer divers comportements de santé comme la persistance dans un traitement pour l'alcool (Ryan et al., 1995b), la cessation tabagique, le contrôle du glucose sanguin dans une population diabétique (Williams & Deci, 1998), le maintien de la perte de poids chez des personnes obèses (Williams et al.,

1996) ainsi que l'adhérence médicamenteuse (Williams et al., 1998b). Encore une fois, il se peut que la relation thérapeutique diffère de la relation médecin-patient dans le soutien qu'elle offre et que les besoins de la clientèle soient également différents.

Certains facteurs peuvent expliquer les résultats obtenus quant à la première hypothèse. Pour ce qui est de l'absence de lien avec les types de motivation plus autodéterminée, il est possible que des particularités spécifiques aux personnes en contexte de thérapie rendent compte de ce phénomène tel que le démontrent les résultats obtenus avec une moyenne plus élevée de personnes autodéterminées (voir Appendice J). Il est en effet concevable que les personnes qui se présentent en thérapie soient plus autodéterminées en général.

Une autre explication concerne la différence entre la motivation spécifique et la motivation globale ou générale. Rosenbaum et Horowitz (1983) en définissant le concept de motivation ont conclu que la motivation face à la psychothérapie est un concept multidimensionnel. L'étude présente considère la motivation spécifique du client qu'il a face à sa thérapie cependant, la motivation générale ou d'autres facettes de la motivation comme l'intensité (Michalak et al., 2004) n'ont pas été mesurées.

Par ailleurs, le phénomène de résistance et de transfert peuvent être impliqués. Par exemple, Jeger et al. (2003), ont démontré que dans les thérapies réussies, les patients adhèrent moins à leur style de contrôle d'action préféré et se rapprochent de

l'attitude motivationnelle de leurs psychothérapeutes. De plus, Deci (1995) mentionne que les personnes qui nécessitent plus de soutien à l'autonomie (passives, défiantes et dociles) sont celles qui en reçoivent le moins car elles semblent demander du contrôle de par leurs comportements et les personnes qui sont plus orientées vers l'autonomie, ont une plus grande estime d'elles, sont plus actualisées, ont une santé mentale plus positive et sont plus satisfaites de leurs relations interpersonnelles. Il est possible qu'en cela la population clinique diffère de celle non-clinique et que les personnes plus orientées vers l'autonomie soient moins présentes dans un échantillon clinique.

D'autre part, les résultats quant à l'effet médiateur observé de la motivation, rejoignent ceux de Grand (2001). En effet, cette dernière identifie la motivation comme médiateur clé dans la persistance au traitement et que le résultat du traitement pour abus de substance est meilleur avec des interventions motivationnelles. Keithly et al. (1980) soutiennent que la motivation du patient prédit le processus et le résultat de la psychothérapie comme par exemple sa participation, son hostilité et son amélioration. Il se peut que certains types de motivation soient plus impliquées que d'autres en contexte de psychothérapie comme la motivation non-autodéterminée.

Deci (1995) mentionne qu'un faible soutien à l'autonomie produit de l'internalisation partielle, de l'introjection, ce qui est confirmé dans la présente recherche au niveau d'une motivation moins autodéterminée. Effectivement, l'absence de soutien à l'autonomie est associé avec des indicateurs de détresse psychologique

comme une plus faible estime de soi et une motivation inconsistante ou diminuée (Deci & Ryan, 1987; Ryan et al., 1995a) tandis que les résultats actuels parlent d'indicateurs de santé mentale comme une faible actualisation de soi ainsi qu'un faible sens à la vie et d'une motivation moins autodéterminée.

En bref, les résultats de la présente étude permettent de conclure que le soutien à l'autonomie, la motivation non-autodéterminée, l'AM, et la ME externe sont liés à certaines mesures de santé mentale au niveau du bien-être psychologique dont l'actualisation de soi et le sens à la vie. Certaines études, cliniques et non-cliniques, ont des résultats similaires à ceux de la présente étude tandis que d'autres ont des résultats divergents. Il est possible que le contexte particulier de la psychothérapie commande l'ajout de variables additionnelles dont une mesure de motivation globale et du type de personnalité du client.

Effet médiateur de la motivation entre le soutien à la compétence et les indicateurs de santé mentale

La deuxième hypothèse selon laquelle la motivation du client agit à titre de variable médiatrice entre le soutien à la compétence du thérapeute et la santé mentale du client n'a pu être confirmée lors de cette étude. Les résultats obtenus démontrent un lien entre le soutien à la compétence et la MI, les ME intégrée et introjectée, l'AM ainsi qu'avec les motivations autodéterminée et non-autodéterminée. Cependant, le soutien à

la compétence n'est lié à aucun indicateur de santé mentale. Conséquemment, aucun modèle médiateur n'a pu être établi car seul le premier postulat de Baron et Kenny (1986) a été rencontré.

Rares sont les études sur le soutien à la compétence en contextes cliniques. Toutefois, certaines études en contextes non-cliniques ne confirment pas les résultats de la présente étude. Une recherche étudiant la variable du soutien à la compétence démontre que chez des adolescents âgés de 14 à 17 ans en milieu scolaire, la dépression est corrélée négativement avec le soutien à la compétence des parents (Larouche, 2005). Selon Elliot, McGregor et Thrash (2002), la satisfaction du besoin de compétence d'une personne devrait avoir un effet sur le bien-être de celle-ci. Enfin, l'étude de Sheldon, Ryan et Reis (1996) soutient que la satisfaction du besoin de compétence est associée avec un plus grand bien-être, par contre le bien-être était mesuré à tous les jours pendant deux semaines à l'aide d'un inventaire d'humeur positive et négative, une échelle de vitalité et un inventaire de symptômes physiques.

Ces deux dernières études utilisent cependant la variable de la satisfaction du besoin de compétence et non le soutien du besoin de compétence comme le fait la présente étude, ce qui mène donc à introduire une première interprétation pour expliquer l'absence de lien entre le soutien à la compétence, la motivation du client et sa santé mentale. Premièrement, il a été présumé que la satisfaction des besoins se faisait automatiquement lorsque ces besoins étaient soutenus comme dans l'étude de Deci et al.

(2001) où le soutien à l'autonomie prédisait la satisfaction des besoins qui prédisait à son tour la motivation et le bien-être. Néanmoins, il est possible que le soutien des besoins des clients par le thérapeute ne permette pas de satisfaire inéluctablement les besoins de ces mêmes clients. Si le thérapeute est la seule personne dans l'environnement relationnel du client à soutenir ses besoins, il se peut que ce ne soit pas suffisant à satisfaire ces derniers. Deuxièmement, il se peut que le soutien à la compétence soit moins présent que l'autonomie en contexte de thérapie. En effet, le thérapeute qui a une attitude empathique, respectueuse, encourageante et soutenante (ce qui devrait être le cas) se rapproche facilement d'une attitude de soutien à l'autonomie même sans en avoir conscience. Donc, le soutien à l'autonomie serait une caractéristique du thérapeute plus facilement manifeste. Toutefois, le soutien du besoin de compétence en thérapie se fait peut-être de manière moins naturelle car il demande au thérapeute de poser des buts au client, d'en faire l'évaluation, de travailler sur les succès aux tâches et de constater les résultats, comportement envers les clients peut-être moins présent dépendamment de l'approche du thérapeute.

Finalement, le fait que l'on observe l'autonomie ressortant plus fortement que la compétence et l'appartenance peut s'expliquer du fait que le besoin d'autonomie est le besoin « maître » car il représente directement la tendance de l'organisme à mieux se réguler ainsi qu'à mieux intégrer dans le temps (Sheldon et al., 2003). Effectivement, il est possible que le soutien à l'autonomie puisse être la variable la plus déterminante en psychothérapie comparativement au soutien des deux autres besoins.

Effet médiateur de la motivation entre le soutien à l'appartenance et les indicateurs de santé mentale

Contrairement à ce qui était prévu dans la troisième hypothèse, la motivation du client n'agit pas comme variable médiatrice entre le soutien à l'appartenance du thérapeute et la santé mentale du client. Les résultats actuels démontrent toutefois que le soutien à l'appartenance prédit significativement la ME intégrée, l'AM ainsi que la motivation autodéterminée, ce qui soutient le premier postulat de Baron et Kenny (1986). Le second postulat n'a pas été rencontré car le soutien à l'appartenance n'est relié à aucune mesure de santé mentale. De ce fait, le modèle de médiation n'est pas établi en ce qui concerne le soutien à l'appartenance.

Pour cette variable également, les études portant sur le soutien à l'appartenance sont peu nombreuses. Certaines études en contextes non-cliniques ne corroborent pas les résultats obtenus. Lors d'une étude portant sur la variable du soutien à l'appartenance, Larouche (2005) a démontré chez des adolescents de 14 à 17 ans de milieu scolaire, que la dépression est corrélée négativement au soutien à l'appartenance des parents. De plus, Kasser et Ryan (1999) proposent que l'autonomie perçue et l'appartenance aux autres vont prédire positivement les indices de santé physique et mentale et plus spécifiquement, que l'appartenance à la famille et aux amis est positivement associée avec le bien-être et négativement avec la dépression. Finalement, Reis et al. (2000) affirment que l'appartenance est reliée au bien-être. Toutefois, ces

deux dernières recherches n'étudient pas le soutien du besoin d'appartenance comme le fait la présente étude, mais bien le besoin d'appartenance en tant que tel où le besoin d'appartenance est mesuré soit avec le nombre, la fréquence et la qualité des relations ou encore avec le style d'attachement, une échelle de solitude et un rapport quotidien de trois interactions sociales. Tel que mentionné précédemment, il est possible que la relation thérapeutique soit plus complexe que celle avec les parents, la famille et les amis.

D'autres études en milieux cliniques ont pu démontré certains liens avec la relation thérapeutique, ce qui n'a pu être fait avec les présents résultats. Selon Blatt et Zuroff (2005), les facteurs les plus stables pour prédire une amélioration thérapeutique étaient la qualité de la relation thérapeutique ainsi que les caractéristiques personnelles des patients avant le traitement. Quant à Boutin et al. (2004), ils ont démontré que l'alliance thérapeutique mesurée à l'aide du *California Psychotherapy Alliance Scales* (Gaston & Marmar, 1994) est en lien positif avec plusieurs indicateurs de bien-être psychologique, tandis qu'elle est liée négativement avec peu d'indicateurs de détresse psychologique. Cependant, lorsque le nombre de séances est contrôlé, seuls des indicateurs de bien-être demeurent reliés positivement à l'alliance thérapeutique.

Certains facteurs explicatifs méritent également d'être introduits pour mieux comprendre l'absence de relation entre le soutien à l'appartenance de la part du thérapeute, la motivation du client face à la thérapie et la santé mentale de ce dernier.

Un premier facteur propose que le degré d'attachement n'est pas le même en fonction de la durée de la thérapie car comme il est possible d'observer la majorité des participants sont en thérapie depuis moins de douze mois (50,7%). Plus précisément 37,1% depuis moins de six mois et la majorité des participants rencontre leur thérapeute depuis moins de vingt séances (50,8%) dont 44,6% moins de quinze séances, ce qui peut supposer un degré d'attachement moins élevé. De plus, il se peut que la notion d'appartenance telle que définie par la théorie de l'autodétermination se prête moins au contexte psychothérapeutique, mais que la relation qui se développe entre le thérapeute et son client soit mieux définie par l'alliance thérapeutique. En effet, l'alliance thérapeutique implique une relation de collaboration, un lien affectif entre le client et le thérapeute et la capacité du client et du thérapeute de s'accorder sur les buts ainsi que sur les tâches du traitement (Martin, Garske, & Davis, 2000). D'ailleurs, Boutin et al. (2004) ont démontré que l'alliance thérapeutique est liée à des indicateurs de bien-être psychologique dont l'estime de soi, l'actualisation du potentiel et le sens à la vie et ceci lorsque le nombre de séances est contrôlé.

Somme toute, il semble que les résultats obtenus trouvent leur appui théorique dans la théorie de l'autodétermination comme le démontre l'association souvent rapportée dans les écrits entre l'autonomie et le bien-être. Par ailleurs, certains facteurs évoqués peuvent aider à expliquer l'absence de lien significatif observé pour le soutien à la compétence et à l'appartenance dont la notion de satisfaction des besoins psychologiques et celle de l'alliance thérapeutique davantage appropriées en

psychothérapie. De façon générale, cette étude prend appui dans les facteurs communs associés à la psychothérapie et met en évidence les facteurs de soutien, d'apprentissage et d'action, ainsi que les caractéristiques (empathie, respect, flexibilité, encouragement à une participation active du client et allégeance) et les techniques (conseils, révélations du thérapeute, soutien, confrontation et interprétation) du thérapeute qui contribuent à l'alliance thérapeutique et à l'issue du traitement (Drapeau & Koerner, 2003; Lambert, 2005; Lambert & Bergin, 1994).

Implications théoriques et pratiques

La présente étude apporte un soutien empirique à la théorie de l'autodétermination en appliquant ce cadre théorique pour une des premières fois au domaine de la thérapie chez des adultes. Les résultats obtenus n'ont pu rejoindre d'autres études quant aux liens positifs significatifs entre le faible soutien à l'autonomie et la détresse ainsi qu'entre le soutien à l'autonomie et la MI ou le bien-être. De plus, les études portant sur le soutien à la compétence et à l'appartenance n'ont pu être corroborées. Les présents résultats contribuent à augmenter nos connaissances au niveau de la nature des relations entre un thérapeute et son client en psychothérapie. En effet, la présence des variables que sont le faible soutien à l'autonomie du thérapeute perçu par les clients, la motivation non-autodéterminée, l'AM et la ME externe plus élevées face à la thérapie a un effet négatif sur l'actualisation du potentiel et le sens à la vie chez le client. Du côté du thérapeute, il peut prendre conscience de sa manière

d'interagir vis-à-vis de son client afin de mieux soutenir l'autonomie de celui-ci et de ce fait, contribuer à diminuer une motivation moins autodéterminée et obtenir de meilleurs indicateurs de bien-être psychologique.

Il est possible de croire malgré la nature transversale de l'étude que le faible soutien à l'autonomie perçu par les clients contribue à l'absence ou à une pauvre motivation du client face à la thérapie, ce qui aura un effet négatif sur des variables associées au bien-être psychologique. Dans une perspective préventive, les résultats suggèrent que le thérapeute pourrait considérer le soutien à l'autonomie qu'il exerce pour influencer la motivation et le bien-être des clients. Le thérapeute ne donnant pas de choix aux clients, n'encourageant pas leurs initiatives et ne respectant pas leurs décisions serait susceptible d'avoir un impact négatif tant au niveau de la motivation de son client que de son bien-être. Au niveau de l'intervention, les thérapeutes qui ne sont pas familiers avec le concept de soutien à l'autonomie pourraient recevoir davantage d'informations à ce sujet pour pouvoir l'utiliser adéquatement. En outre, ils auraient plus de pouvoir sur leur intervention pour pouvoir influencer la motivation de leur client face à la thérapie et conséquemment leur bien-être psychologique.

Cette étude apporte une contribution intéressante dans le domaine de la recherche encore peu exploré qu'est la théorie de l'autodétermination en psychothérapie. Elle atteste de la nécessité de continuer à étudier les variables en jeu dans le contexte

psychothérapeutique, plus spécifiquement les déterminants et les conséquences de la motivation compris ici en terme de la théorie de l'autodétermination.

En dernier lieu, comme le mentionnaient Lambert et Bergin (1994) ainsi que Poirier (2003), les traitements psychologiques sont reconnus bénéfiques (Lambert & Bergin, 1994) et la démonstration globale de l'efficacité de l'intervention psychologique ne constitue plus la question scientifique actuelle ; il faut maintenant comprendre davantage les mécanismes en jeu dans cette efficacité (Poirier, 2003). La présente étude permet de mettre en lumière la complexité des liens qui sous-tendent le soutien de la part du thérapeute, la motivation de son client face à la thérapie et l'impact de cette dernière sur sa santé mentale dans un processus de psychothérapie.

Forces et limites de la recherche

La principale force de cette recherche est qu'elle est la première à tester le modèle médiateur de l'impact des comportements interpersonnels du thérapeute en lien avec la motivation du client face à la thérapie sur la santé mentale de ce dernier dans le contexte d'une psychothérapie. Elle précise la nature de la contribution du soutien à l'autonomie, à la compétence et à l'appartenance du thérapeute perçu par le client, à la motivation du client face à la thérapie ainsi qu'à sa santé mentale.

Une autre force concerne la méthodologie bien adaptée pour ce qui est de la manière de recruter les participants et de l'utilisation d'instruments de mesure ayant de bonnes qualités psychométriques.

Ensuite, la population de cette étude est variée en âge, ce qui permet de généraliser à plusieurs groupes d'âge. Les données n'ayant pas été recueillies auprès d'un seul groupe d'âge, la validité externe est plus élevée à ce niveau. Aussi, la proportion du sexe des participants (69,3% féminin et 30,7% masculin) semble représenter une proportion réaliste de la clientèle en psychothérapie où les femmes sont fréquemment plus présentes que les hommes.

De plus, les participants avaient différents thérapeutes de différentes approches, ce qui contribue à augmenter la validité externe de l'étude face aux thérapeutes en général.

Enfin, en raison du contexte de l'étude, les clients ont eux-mêmes choisi leur thérapeute. Les conditions de l'étude comme le choix du thérapeute n'ont pas été imposées, ce qui permet de mieux représenter la réalité et donc d'augmenter la validité externe.

Toutefois, cette recherche comporte des limites pouvant influencer la validité des résultats. Tout d'abord, il se peut que les personnes ayant décidé de répondre au

questionnaire différent sur certains points de celles qui n'y ont pas répondu. Certains facteurs différenciant les répondants des non-répondants peuvent peut-être expliquer une partie des résultats.

Ensuite, les données ayant été recueillies auprès de personnes en psychothérapie, les résultats ne peuvent être généralisés à d'autres populations. La généralisation des résultats se limite donc à une population clinique adulte. De plus, les données ont été recueillies dans la région du Saguenay-Lac-St-Jean et l'échantillon est donc représentatif de cette région du Québec seulement.

Une autre limite a trait à la collecte de données faite à l'aide de mesures auto-administrées pouvant entraîner certains biais. Ainsi, il est possible que les participants aient voulu présenter une image positive d'eux-mêmes (désirabilité sociale) ou une vision négative. Il serait pertinent de contrôler ce facteur dans l'avenir par l'ajout d'une mesure de désirabilité sociale ou par une entrevue semi-structurée avec chacun des participants afin d'obtenir des mesures plus objectives.

De plus, certaines variables n'ont pas été contrôlées tels le diagnostic des clients, le nombre de séances et les méthodes d'intervention. Puisque la population à l'étude est constituée de personnes en psychothérapie, il est possible que les différents diagnostics, le nombre de séances ainsi que les différentes méthodes d'intervention puissent avoir

une certaine influence sur les résultats. Il aurait donc été opportun de tenir compte de ces trois variables.

Une dernière limite se situe au niveau de la nature transversale de l'étude. Étant donné ce type d'étude, le lien causal n'a pu être démontré empiriquement. Une étude longitudinale serait nécessaire pour pouvoir identifier la direction de causalité entre les facteurs. De telles données auraient permis de tenir compte de l'évolution des changements qui prennent place en thérapie (Lambert & Bergin, 1994; Michalak et al., 2004; Rumpold et al., 2005).

Pistes de recherches futures

À la lumière des résultats obtenus, il serait possible de poursuivre les travaux de l'étude présente. Les recherches ultérieures pourraient améliorer la recherche en comblant certaines limites. Tout d'abord, il serait intéressant de vérifier les modèles médiateurs auprès d'un échantillon plus grand ou d'utiliser d'autres méthodes de collecte de données tel que mentionné précédemment. Une étude longitudinale pourrait observer l'évolution du modèle médiateur du début à la fin de la psychothérapie au fil du développement de la relation psychothérapeutique. Elle pourrait donc rendre compte des périodes de fluctuation dans la relation thérapeutique, ce qui permettrait de poser un regard plus juste sur le modèle de médiation. De plus, il serait adéquat de limiter les temps de mesure à des périodes précises et semblables pour tous les participants et ainsi

de contrôler l'instant de la prise de mesure pour que tous les clients soient au même moment dans leur thérapie et ainsi pouvoir contrôler et comparer plus aisément les variables par rapport au temps. Par exemple, il serait intéressant de prendre une première mesure lors de la première séance avant le développement de la relation, un deuxième temps de mesure pourrait se faire vers la septième séance où la relation thérapeutique a pu commencer à prendre forme, un troisième temps de mesure pourrait avoir lieu à la dixième séance et si le processus continue dans le temps, il serait pertinent de prendre des mesures additionnelles aux dix séances (séance 20-30-40...). Enfin, il serait pertinent de regrouper les participants en fonction du diagnostic initial ou de la problématique.

Aussi, en raison des résultats obtenus avec les mesures multiples de santé mentale, il pourrait être approprié de considérer une mesure unique de la santé mentale comme par exemple la MI-45 (Flynn et al., 2002). Enfin, en ce qui concerne les instruments de mesure, l'*Échelle des Comportements Interpersonnels – perceptions du thérapeute* (ÉCI) pourrait être remplacée par sa version abrégée contenant 12 items qui possède de meilleures propriétés psychométriques.

Dans un même ordre d'idées, il serait intéressant d'étudier la relation entre les variables à l'aide d'un modèle plus global où l'on discriminerait entre les deux formes de motivation (motivation autodéterminée et non-autodéterminée) et les deux dimensions de la santé mentale (bien-être et détresse psychologique).

Il serait pertinent d'observer plus à fond le rôle joué par la satisfaction des trois besoins de base dans ce modèle car la satisfaction des besoins psychologiques de base joue un rôle médiateur entre le soutien à l'autonomie et la motivation ainsi que le bien-être au travail (Deci et al., 2001), ce qui est possiblement le cas dans un contexte de psychothérapie. Le client qui perçoit son thérapeute comme soutenant ses besoins ne perçoit pas nécessairement ses besoins satisfaits. De plus, la motivation générale, en plus de la motivation spécifique, pourrait également être mesurée dans une étude ultérieure. Comme mentionné précédemment la motivation spécifique pourrait bien être différente de la motivation générale.

Il serait intéressant de vérifier la présence possible de facteurs modérateurs comme par exemple l'orientation motivationnelle du client qu'il a en général et d'observer les liens avec les comportements interpersonnels du thérapeute. En effet, l'ajustement psychologique est fonction du degré d'adaptation ou de compatibilité entre les aspects de l'environnement et les caractéristiques personnelles de l'individu. Par exemple, les résidents de foyers avec des orientations motivationnelles plus autodéterminées montrent de plus hauts niveaux d'ajustement psychologique. Cependant, les styles motivationnels modèrent ceci car les résidents avec un style motivationnel autodéterminé sont mieux ajustés dans une résidence qui fournit les opportunités pour la liberté et le choix, tandis que ceux avec un style motivationnel moins autodéterminé sont mieux ajustés lorsqu'ils vivent dans un environnement plus contraignant (O'Connor & Vallerand, 1994).

Conclusion

Le processus motivationnel a un impact significatif sur la psychothérapie, dont les résultats de cette dernière. Néanmoins, en raison de son côté multidimensionnel et complexe, il est pourtant étonnant de constater que les études évaluant la motivation dans un contexte de psychothérapie vont dans plusieurs directions et se rejoignent difficilement. De plus, en connaissant le rôle important joué par le thérapeute dans le résultat de la thérapie, il devenait intéressant d'insérer une variable en lien avec ce dernier dans le modèle à l'étude. Ainsi, la présente étude voulait approfondir le rôle de la théorie de l'autodétermination plus spécifiquement au niveau de la psychothérapie en considérant le rôle médiateur joué par la motivation face à la thérapie entre le soutien à l'autonomie, à la compétence et à l'appartenance de la part du thérapeute et la santé mentale du client.

Les résultats ont démontré que plus le thérapeute a un fort soutien à l'autonomie à l'égard de son client, moins ce dernier a une motivation non-autodéterminée face à la thérapie et plus son bien-être psychologique est élevé. Les résultats de la présente recherche démontrent donc des corrélations négatives entre les variables des modèles médiateurs obtenus avec le soutien à l'autonomie. Toutefois, il semble que le modèle testé atteste de relations possiblement plus complexes dans un contexte de psychothérapie. Aucun modèle médiateur n'a pu être établi avec le soutien à la compétence et à l'appartenance. Sur le plan théorique, les données obtenues auprès d'une population adulte clinique viennent ajouter un support empirique à la théorie de l'autodétermination dans le domaine de la psychothérapie. Enfin, sur le plan clinique,

les résultats suggèrent de porter une attention particulière au soutien à l'autonomie exercé par le thérapeute tout au long de ses interactions avec le client. Le thérapeute peut prendre en considération le point de vue de son client, donner de l'information ainsi que la chance de choisir, encourager le client à accepter la responsabilité de ses comportements, écouter, encourager les questions et s'informer des objectifs du client.

En dernier lieu, la base de recherche qui examine le rôle des principes de l'autodétermination dans les traitements de santé mentale soutenus scientifiquement est rare et en fait un domaine de recherche fertile (Sheldon et al., 2003). En effet, il semble plus complexe d'étudier la relation thérapeutique selon la théorie de l'autodétermination dans un milieu clinique comme la psychothérapie. Étant donné les connaissances actuelles, il s'avère nécessaire de préciser la nature des mécanismes en jeu dans le processus thérapeutique. Il paraît désirable d'examiner l'ensemble des variables liées au thérapeute susceptibles d'avoir un effet important sur le client et ainsi cibler le pouvoir d'action du thérapeute.

Références

- Abblett, M. R. (2002). Motivation for change in psychotherapy: The relationship between the transtheoretical model and self-determination theory and prediction of clinical services utilization. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences & Engineering*, 63(4-B), 2047.
- Allen, J. P., Kuperminc, G., Philliber, S., & Herre, K. (1994). Programmatic prevention of adolescent problem behaviors: The role of autonomy , relatedness , and volunteer service in the Teen Outreach Program. *American Journal of Community Psychology*, 22(5), 617-638.
- Baron, R. M., & Kenny, D. A. (1986). The moderator-mediator variable distinction in social psychological research: Conceptual, strategic, and statistical consideration. *Journal of Personality and Social Psychology*, 51, 1173-1182.
- 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.
- Beck, A. T., Rial, W. Y., & Rickels, K. (1974). Short form fo Depression Inventory: Crossvalidation. *Psychological Reports*, 34, 1184-1186.
- Beck, A. T., Steer, R. A., & Garbin, M. G. (1988). Psychometric properties of the Beck Depression Inventory: Twenty-five years of evaluation. *Clinical Psychiatry*, 4, 561-571.
- Beck, A. T., Ward, C. H., Mendelson, M., Moch, J., & Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of general psychiatry*, 4, 53-63.
- Blais, M. R., Sabourin, S., Boucher, C., & Vallerand, R. J. (1990). Toward a motivational model of couple happiness. *Journal of personality and Social Psychology*, 59(5), 1021-1031.
- Blais, M. R., Vallerand, R. J., Brière, N. M., & Pelletier, L. G. (1989). Validation canadienne-française du "Satisfaction with Life Scale". *Revue canadienne des sciences du comportement Canadian Journal of Behavioral Sciences*, 21, 210-223.
- Blatt, S. J., & Zuroff, D. C. (2005). Empirical evaluation of the assumptions in identifying evidence based treatments in mental health. *Clinical Psychology Review*, 25, 459-486.
- Boisvert, N., Lalande, G., Émond, C., & Pelletier, L. G. (2004). *Validation de l'Échelle de motivation du client face à la thérapie (EMCT), version francophone du Client Motivation Therapy Scale (CMOTS), auprès d'une population clinique*

- adulte.* Communication présentée à The Second International Conference on Self-Determination Theory, Ottawa.
- Bouffard, L., & Lapierre, S. (1997). La mesure du bonheur. *Revue Québécoise de Psychologie, 18*(2), 271-310.
- Boutin, M., Lalande, G., Émond, C., Simard, V., Boisvert, N., & Savard, K. (2004). *Relation entre l'alliance thérapeutique et la santé mentale de clients engagés dans un processus d'aide psychologique.* Communication présentée à l'Association francophone pour le savoir, ACFAS, Montréal, Canada.
- Brouillard, A., Lapierre, S., & Alain, M. (1999). Le bonheur et ses relations avec le désir et la perception de contrôle. Happiness and its relation to the desire for control and the perception of control. *Revue Québécoise de Psychologie, 20*(2), 221-238.
- Chirkov, V., Ryan, R. M., Kim, Y., & Kaplan, U. (2003). Differentiating autonomy from individualism and independence: A self-determination theory perspective on internalization of cultural orientations and well-being. *Journal of Personality & Social Psychology, 84*(1), 97-109.
- Cowen, E. L. (1991). In pursuit of wellness. *American Psychologist, 46*(4), 404-408.
- deCharms, R. (1968). *Personal causation.* New York: Academic Press.
- Deci, E. L. (1975). *Intrinsic motivation.* New York: Plenum.
- Deci, E. L. (1995). *Why we do what we do: the dynamics of personal autonomy.* New York: G.P. Putnam's Sons.
- Deci, E. L., Connell, J. P., & Ryan, R. M. (1989). Self-determination in a work organization. *Journal of Applied Psychology, 74*(4), 580-590.
- Deci, E. L., & Ryan, R. M. (1985). *Intrinsic motivation and self-determination in human behavior.* New York: Plenum.
- Deci, E. L., & Ryan, R. M. (1987). The support of autonomy and the control of behavior. *Journal of Personality and Social Psychology, 53*(6), 1024-1037.
- Deci, E. L., & Ryan, R. M. (1995). Human autonomy : The basis for true self-esteem. In *Efficacy, agency, and self-esteem* (Plenum series in social/clinical psychology ed., pp. 31-49): Kernis, Michael H.Ed.

- 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. (Eds.). (2002). *Handbook of self-determination research*. Rochester, NY: University of Rochester Press.
- Deci, E. L., Ryan, R. M., Gagné, M., Leone, D. R., Usunov, J., & Kornazheva, B. P. (2001). Need satisfaction, motivation, and well-being in the work organizations of a former Eastern Bloc country. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 27(8), 930-942.
- Derogatis, L. R. (1977). *The SCL-90 manual: Scoring, administration and procedures for the SCL-90*. Baltimore: Johns Hopkins University School of Medicine, Clinical Psychometrics Unit.
- Diener, E. (1984). Subjective well-being. *Psychological Bulletin*, 95(3), 542-575.
- Diener, E. (2000). Subjective well-being : The science of happiness and a proposal for a national index. *American Psychologist*, 55, 34-43.
- Diener, E., Diener, M., & Diener, C. (1995). Factors predicting the subjective well-being of nations. *Journal of Personality and Social Psychology*, 69(5), 851-864.
- Diener, E., Emmons, R. A., Larsen, R. J., & Griffin, S. (1985). The Satisfaction with Life Scale. *Journal of Personality Assessment*, 49, 71-76.
- Drapeau, M., & Koerner, A. (2003). L'impact des techniques thérapeutiques. *Psychologie Québec*, sept, 17-22.
- Elliot, A. J., McGregor, H. A., & Thrash, T. M. (2002). The need for competence. In E. L. Deci & R. M. Ryan (Eds.), *Handbook of self-determination research*. Rochester, NY: University of Rochester Press.
- Floyd, F. J., Stein, T. S., Harter, K. S. M., Allison, A., & Nye, C. L. (1999). Gay, lesbian, and bisexual youths: Separation-individuation, parental attitudes, identity consolidation, and well - being. *Journal of Youth & Adolescence*, 28(6), 719-739.
- 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.

- Frank, S. J., Pirsch, L. A., & Wright, V. C. (1990). Late adolescents' perceptions of their relationships with their parents: Relationships among deidealization, autonomy , relatedness , and insecurity and implications for adolescent adjustment and ego identity status. *Journal of Youth & Adolescence*, 19(6), 571-588.
- Garber, J., & Little, S. A. (2001). Emotional autonomy and adolescent adjustment. *Journal of Adolescent Research*, 16(4), 355-371.
- Gaston, L., & Marmar, C. R. (1994). The California Psychotherapy Alliance Scales. In A. O. Horvath & L. S. Greenberg (Eds.), *The working alliance : Theory, research, and practice* (pp. 85-108). New-York: John Wiley.
- Gauthier, J., Thériault, F., Morin, C., & Lawson, J. S. (1982). Adaptation française d'une mesure d'auto-évaluation de l'intensité de la dépression. *Revue Québécoise de Psychologie*, 2, 13-24.
- Grand, A. M. (2001). Implicit beliefs about the malleability of substance abuse: Implications for treatment motivation and outcome. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences & Engineering*, 61(9-B), 4983.
- Grolnick, W. S., & Ryan, R. M. (1989). Parent styles associated with children's self-regulation and competence in school. *Journal of Educational Psychology*, 81(2), 143-154.
- Hodgins, H. S., Koestner, R., & Duncan, N. (1996). On the compatibility of autonomy and relatedness. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 22(3), 227-237.
- Holt, W. E. (1967). The concept of motivation for treatment. *American Journal of Psychiatry*, 123(11), 1388-1394.
- Houlfort, N., Koestner, R., Joussemet, M., Nantel-Vivier, A., & Lekes, N. (2002). The impact of performance-contingent rewards on perceived autonomy and competence. *Motivation & Emotion*, 26(4), 279-295.
- Igreja, I., Zuroff, D. C., Koestner, R., Saltaris, C., Brouillette, M.-J., & LaLonde, R. (2000). Applying self - determination theory to the prediction and well -being in gay men with HIV and AIDS. *Journal of Applied Social Psychology*, 30(4), 686-706.
- Ilardi, B. C., Leone, D., Kasser, T., & Ryan, R. M. (1993). Employee and supervisor ratings of motivation : Main effects and discrepancies associated with job satisfaction and adjustment in a factory setting. *Journal of Applied Social Psychology*, 23, 1789-1805.

Institut National de Santé Publique du Québec. (2001). *Le portrait de santé - Le Québec et ses régions*

Jeger, P., Znoj, H., & Grawe, K. (2003). Increase in Coherence in Action Control as a Feature of Successful Psychotherapies: A Sequential Analytical Examination of the Therapist-Patient Interaction. *Psychotherapy Research*, 13(4), 415-428.

Jencks, S. F. (1985). Recognition of mental distress and diagnosis of mental disorders in primary care. *Journal of the American Medical Association*, 253, 1903-1907.

Kasser, T., & Ryan, R. M. (1993). A dark side of the American dream : Correlates of financial success as a central life aspiration. *Journal of Personality and Social Psychology*, 65(2), 410-422.

Kasser, T., & Ryan, R. M. (1996). Further examining the American dream : Differential correlates of intrinsic and extrinsic goals. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 22(3), 280-287.

Kasser, T., & Ryan, R. M. (2001). Be careful what you wish for: Optimal functioning and the relative attainment of intrinsic and extrinsic goals. In P. Schmuck & K. M. Sheldon (Eds.), *Life goals and well-being*.

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(5), 935-954.

Keithly, L. J., Samples, S. J., & Strupp, H. H. (1980). Patient motivation as a predictor of process and outcome in psychotherapy. *Psychotherapy and psychosomatics*, 33, 87-97.

Kim, Y., Kasser, T., & Lee, H. (2003). Self-concept, aspirations, and well-being in South Korea and the United States. *Journal of Social Psychology*, 143(3), 277-290.

Koestner, R., Gingras, I., Abutaa, R., Losier, G. F., DiDi, L., & Gagné, M. (1999). To follow expert advice when making a decision : An examination of reactive vs reflective autonomy. *Journal of Personality*, 67(5), 851-872.

Koestner, R., Ryan, R. M., Bernieri, F., & Holt, K. (1984). Setting limits on children's behavior : The differential effects of controlling versus informational styles on intrinsic motivation and creativity. *Journal of Personality*, 52(3), 233-248.

- La Guardia, J. G., & Ryan, R. M. (2000). Buts personnels, besoins psychologiques fondamentaux et bien-être: théorie de l'autodétermination et applications. *Revue Québécoise de Psychologie*, 21(2), 281-304.
- La Guardia, J. G., Ryan, R. M., Couchman, C. E., & Deci, E. L. (2000). Within-person variation in security of attachment: A self-determination theory perspective on attachment, need fulfillment, and well-being. *Journal of Personality & Social Psychology*, 79(3), 367-384.
- Labelle, R., Alain, M., Bastin, E., Bouffard, L., Dube, M., & Lapierre, S. (2001). Bien-être et détresse psychologique: Vers un modèle hiérarchique cognitivo-affectif en santé mentale. *Revue Québécoise de Psychologie*, 22(1), 71-87.
- Lambert, M. J. (1992). Psychotherapy outcome research. In J. C. Norcross & M. R. Goldfried (Eds.), *Handbook of psychotherapy integration* (pp. 94-129). New York: Basic Books.
- Lambert, M. J. (2005). Early response in psychotherapy: further evidence for the importance of common factors rather than "Placebo Effects". *Journal of Clinical Psychology*, 61(7), 855-869.
- Lambert, M. J., & Bergin, A. E. (1994). The effectiveness of psychotherapy. In A. E. Bergin & S. L. Garfield (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (pp. 143-189).
- Lamborn, S. D., & Steinberg, L. (1993). Emotional autonomy redux: Revisiting Ryan and Lynch. *Child Development*, 64(2), 483-499.
- Lang, F. R., & Schuetze, Y. (2002). Adult children's supportive behaviors and older parents' subjective well-being: A developmental perspective on intergenerational relationships. *Journal of Social Issues*, 58(4), 661-680.
- Lapierre, S., & Desrochers, C. (1997). Traduction et validation des Échelles de bien-être psychologique de Ryff. *Document inédit, Université du Québec à Trois-Rivières*.
- Larouche, L. (2005). *Relation entre les comportements interpersonnels et la dépression chez des adolescents en fonction du genre*. Mémoire de maîtrise inédit, Université du Québec à Chicoutimi.
- Leak, G. K., & Cooney, R. R. (2001). Self-determination, attachment styles, and well-being in adult romantic relationships. *Representative Research in Social Psychology*, 25, 55-62.

- Leclerc, G., Lefrançois, R., Dubé, M., Hébert, R., & Gaulin, P. (1997). The development and validation of a self-report measure of self-actualization. *Social Behavior and Personality*, 25(4), 353-366.
- Lemyre, L., Tessier, R., & Fillion, L. (1988). *Mesure du stress psychologique*. Brossard: Éditions Béhaviora Inc.
- Martin, D. J., Garske, J. P., & Davis, K. M. (2000). Relation of the therapeutic alliance with outcome and other variables : A meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 438-450.
- 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(2), 193-209.
- Ministère de la Santé et des Services Sociaux, M. (1998). *La politique de santé et du bien-être : la santé mentale*. Québec : MSSS.
- Myers, D. G., & Diener, E. (1997). La poursuite scientifique du bonheur. *Revue Québécoise de Psychologie*, 18(2), 13-28.
- National Institute of Mental Health. (2001). *The Numbers Count: Mental Disorders in America A summary of statistics describing the prevalence of mental disorders in America*, from www.nimh.nih.gov/healthinformation/statisticsmenu.cfm
- Nguyen, T. D., Attkisson, C. C., & Stegner, B. L. (1983). Assessment of patient satisfaction : Development and refinement of a service evaluation questionnaire. *Evaluation and Program Planning*, 6, 299-314.
- O'Connor, B. P., & Vallerand, R. J. (1994). Motivation, self-determination, and person environment fit as predictors of psychological adjustment among nursing home residents. *Psychology & Aging*, 9(2), 189-194.
- Omodei, M. M., & Wearing, A. J. (1990). Need satisfaction and involvement in personal projects: Toward an integrative model of subjective well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 59, 762-769.
- Organisation Mondiale de la Santé. (2001a). *Impact des troubles mentaux et du comportement*, from <http://www.who.int/whr/2001/chapter2/fr/>
- Organisation Mondiale de la Santé. (2001b). *Santé mentale: renforcement de la promotion de la santé mentale*, from www.who.int/mediacentre/factsheets/fs220/fr

- Otis, N., & Pelletier, L. G. (2000). *Construction et validation d'une échelle sur les perceptions des comportements interpersonnels associés à la motivation autodéterminée*. Communication présentée au 23ième congrès annuel de la Société Québécoise pour la Recherche en Psychologie: Programme et Résumés des communications, Hull.
- 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., Green-Demers, I., Brière, N. M., & Blais, M. R. (1995). Loisirs et santé mentale : les relations entre la motivation pour la pratique des loisirs et le bien-être psychologique [Leisure and mental health : Relationships between leisure motivation and psychological well-being]. *Revue canadienne des sciences du comportement Canadian Journal of Behavioral Sciences*, 27(2), 140-156.
- Poirier, M. (2003). L'efficacité de la psychothérapie. *Psychologie Québec*, sept, 12-16.
- Reis, H. T., Sheldon, K. M., Gable, S. L., Roscoe, J., & Ryan, R. M. (2000). Daily well-being: The role of autonomy, competence, and relatedness. *Personality & Social Psychology Bulletin*, 26(4), 419-435.
- Reynolds, W. M., & Gould, J. W. (1981). A psychometric investigation of the standard and short form of Beck Depression Inventory. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 49, 306-307.
- Rogers, C. (1957). The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. *Journal of Consulting Psychology*, 21, 95-103.
- Rosenbaum, R. L., & Horowitz, M. J. (1983). Motivation for psychotherapy: a factorial and conceptual analysis. *Psychotherapy: theory, research and practice*, 20(3), 346-354.
- Rosenberg, M. (1965). *Society and the adolescent self-image*. Princeton, NJ: Princeton University Press.
- Rumpold, G., Doering, S., Smrekar, U., Schubert, C., Koza, R., Schatz, D. S., et al. (2005). Changes in motivation and the therapeutic alliance during a pretherapy diagnostic and motivation-enhancing phase among psychotherapy outpatients. *Psychotherapy Research*, 15(1-2), 117-127.

- Ryan, R. M. (1982). Control and information in the intrapersonal sphere : An extension of cognitive evaluation theory. *Journal of Personality and Social Psychology*, 43(3), 450-461.
- Ryan, R. M. (1991). The nature of the self in autonomy and relatedness. In J. Strauss & G. R. Goethals (Eds.), *The self : Interdisciplinary approaches* (pp. 208-238). New York : Springer-Verlag.
- Ryan, R. M. (1995). Psychological needs and the facilitation of integrative processes. *Journal of Personality*, 63(3), 397-427.
- Ryan, R. M., Chirkov, V. I., Little, T. D., Sheldon, K. M., Timoshina, E., & Deci, E. L. (1999). The American dream in Russia : Extrinsic aspirations and well-being in two cultures. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 25(12), 1509-1524.
- Ryan, R. M., & Connell, J. P. (1989). Perceived locus of causality and internalization : Examining reasons for acting in two domains. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57(5), 749-761.
- Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2000). Self - determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development, and well - being. *American Psychologist*, 55(1), 68-78.
- Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2001). On happiness and human potential : A review of research on hedonic and eudaimonic well-being. *Annual Review of Psychology*, 52, 141-166.
- Ryan, R. M., Deci, E. L., & Grolnick, W. S. (1995a). Autonomy, relatedness, and the self : Their relation to development and psychopathology. In D. Cicchetti & D. J. Cohen (Eds.), *Developmental psychopathology* (Vol. Vol. 1. Theory and methods, pp. 618-655). New York: Wiley.
- Ryan, R. M., & Grolnick, W. S. (1986). Origins and pawns in the classroom: Self-report and projective assessments of individual differences in children's perceptions. *Journal of Personality and Social Psychology*, 50, 550-558.
- Ryan, R. M., Kuhl, J., & Deci, E. L. (1997). Nature and autonomy : An organizational view of social and neurobiological aspects of self-regulation in behavior and development. *Development and Psychopathology*, 9, 701-728.
- Ryan, R. M., Plant, R. W., & O'Malley, S. (1995b). Initial motivations for alcohol treatment: Relations with patient characteristics, treatment involvement and dropout. *Addictive Behaviors*, 20, 279-297.

- Ryan, R. M., Rigby, S., & King, K. (1993). Two types of religious internalization and their relations to religious orientations and mental health. *Journal of Personality and Social Psychology, 65*(3), 586-596.
- Ryan, R. M., Sheldon, K. M., Kasser, T., & Deci, E. L. (1996). All goals are not created equal: an organismic perspective on the nature of goals and their regulation. In P. M. Gollwitzer & J. A. Bargh (Eds.), *The psychology of action: linking cognition and motivation to behavior*.
- Ryan, R. M., & Solky, J. A. (1996). What is supportive about social support? On the psychological needs for autonomy and relatedness. In *Handbook of social support and the family*. (Plenum Press:New York ed., pp. 249-267): Pierce, Gregory R. Ed. Sarason, Barbara R. Ed. et al.
- Ryff, C. D. (1989). Beyond Ponce de Leon and life satisfaction: New directions in quest of successful aging. *International Journal of Behavioral Development, 12*, 35-55.
- Ryff, C. D. (1995). Psychological well-being in adult life. *Current Directions in Psychological Science, 4*, 99-104.
- Ryff, C. D., & Essex, M. J. (1992). The interpretation of life experience and well-being: The sample case of relocation. *Psychology and Aging, 7*(4), 507-517.
- Scheidt, C. E., Burger, T., Strukely, S., Hartmann, A., Fritzsche, K., & Wirsching, M. (2003). Treatment selection in private practice psychodynamic psychotherapy: A naturalistic prospective longitudinal study. *Psychotherapy Research, 13*(3), 293-305 URL <http://ptr.oupjournals.org/>.
- Sheldon, K. M., & Elliot, A. J. (1999). Goal striving, need-satisfaction, and longitudinal well-being : The Self-Concordance Model. *Journal of Personality and Social Psychology, 76*(3), 482-497.
- Sheldon, K. M., & Kasser, T. (1998). Pursuing personal goals : Skills enable progress but not all progress is beneficial. *Personality and Social Psychology Bulletin, 24*(12), 1319-1331.
- Sheldon, K. M., Ryan, R., & Reis, H. T. (1996). What makes for a good day? Competence and autonomy in the day and in the person. *Personality & Social Psychology Bulletin, 22*(12), 1270-1279.
- Sheldon, K. M., Williams, G. C., & Joiner, T. (2003). *Self-determination theory in the clinic: motivating physical and mental health*. London: Yale University Press.

- Sifneos, P. E. (1972). *Short-term psychotherapy and emotional crisis*. Cambridge: Harvard University Press.
- Statistique Canada. (2000-2001). *Indicateurs de la santé*, from www.statcan.ca/francais/freepub/82-221-XIF/00502/high/region/hdepress_f.htm
- Statistique Canada. (2002). *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes: Santé mentale et bien-être*, from http://www.statcan.ca/francais/freepub/82-617-XIF/htm/51100115_f.htm
<http://www.statcan.ca/Daily/Francais/030903/q030903a.htm>
- Tessier, R., Fillion, L., Muckel, G., & Gendron, M. (1990). Quelques mesures-critères de stress et la prédition de l'état de santé physique. Une étude longitudinale. *Revue canadienne des Sciences du comportement*, 22(3), 271-281.
- Vallières, E. F., & Vallerand, R. J. (1990). Traduction et validation canadienne-française de l'Échelle de l'estime de soi de Rosenberg. *International Journal of Psychology*, 25, 305-316.
- Veit, C. T., & Ware, J. E. (1983). The structure of psychological distress and well-being in general populations. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51(5), 730-742.
- White, R. W. (1959). Motivation reconsidered: the concept of competence. *Psychological Review*, 66, 297-333.
- Williams, G. C., & Deci, E. L. (1998). The importance of supporting autonomy in medical education. *Annals of Internal Medicine*, 129, 303-308.
- Williams, G. C., Deci, E. L., & Ryan, R. M. (1998a). Building health-care partnerships by supporting autonomy: promoting maintained behavior change and positive health outcomes. In P. Hinton-Walker, A. L. Suchman & R. Botelho (Eds.), *Partnerships, power, and process: Transforming health care delivery*. Rochester, N.Y.: University of Rochester Press.
- Williams, G. C., Frankel, R. M., Campbell, T. L., & Deci, E. L. (2000). Research on relationship-centered care and healthcare outcomes from the Rochester biopsychosocial program: A self-determination theory integration. *Families, Systems & Health*, 18(1), 79-90.
- 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(1), 115-126.

Williams, G. C., Rodin, G. C., Ryan, R. M., Grolnick, W. S., & Deci, E. L. (1998b). Autonomous regulation and long-term medication adherence in adult outpatients. *Health Psychology, 17*(3), 269-276.

Appendice A

Certificat de déontologie



Université du Québec à Chicoutimi

555, boulevard de l'Université
Chicoutimi, Québec, Canada
G7H 2B1

www.uqac.ca

Comité d'éthique de la recherche

Le 30 octobre 2003

Monsieur Gilles Lalande, professeur
Département des sciences de l'éducation et de psychologie
Université du Québec à Chicoutimi

OBJET : Approbation – Prolongation du certificat d'éthique
Projet : Évaluation de l'efficacité thérapeutique et de ses déterminants : traduction et validation d'instruments
N/Dossier : 602.18.01

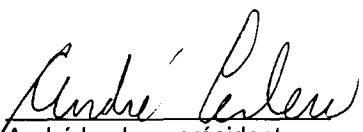
Monsieur,

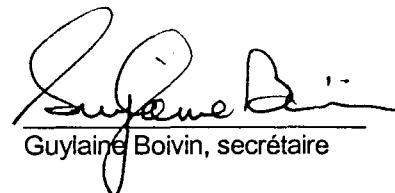
Lors de sa réunion tenue le 17 octobre 2003, le Comité d'éthique de la recherche a étudié votre projet de recherche cité en rubrique.

Il a alors été décidé à l'unanimité d'accepter votre projet puisqu'il rencontrait les exigences applicables en matière d'éthique et, par conséquent, de vous délivrer le présent certificat d'éthique lequel est valide jusqu'au **31 mai 2004**.

Nous vous rappelons que toute modification au protocole d'expérience et/ou aux formulaires joints à ce protocole d'expérience doit être approuvée par le Comité d'éthique de la recherche. Également, veuillez noter que vous devez aviser le Comité lorsque votre projet de recherche sera terminé en contactant Mme Guylaine Boivin, au poste 4065.

En vous souhaitant la meilleure des chances dans la poursuite de vos travaux, veuillez accepter, Monsieur, nos salutations distinguées.


André Leclerc, président


Guylaine Boivin, secrétaire

GB/md

Appendice B

Formulaire de consentement des participants

**FORMULAIRE DE CONSENTEMENT :
PARTICIPATION À L'ÉTUDE DIRIGÉE PAR LES PROFESSEURS
GILLES LALANDE ET CLAUDIE ÉMOND
PORTANT SUR LA VALIDATION D'INSTRUMENTS DE MESURE
DE VARIABLES ASSOCIÉES À L'EFFICACITÉ DE
PROCESSUS PSYCHOTHÉRAPEUTIQUES**

Je consens à participer à l'étude portant sur la validation des instruments associés à l'efficacité de processus psychothérapeutiques. Je reconnais que je participe volontairement à cette étude. J'ai été informé(e) que cette étude vise à établir les qualités psychométriques de certains instruments de mesure.

J'ai été informé(e) que ma participation à l'étude requiert de remplir un(des questionnaire(s) portant sur différentes variables impliquées dans l'évaluation de l'efficacité de processus psychothérapeutiques.

J'ai aussi été informé(e) qu'il m'est possible à tout moment de mettre fin à ma participation à l'étude sans subir de préjudice. Je reconnais que tous les renseignements à mon sujet demeureront strictement confidentiels, toutes les données étant regroupées pour réaliser les analyses statistiques requises aux fins de l'étude.

Je signe _____

Nom, Prénom(s):

Adresse: _____

Digitized by srujanika@gmail.com

Digitized by srujanika@gmail.com

Numéro de téléphone: ()

Date: _____ / _____ / _____
Jour Mois Année

Les responsables de l'étude sont :

Gilles Lalande, Ph.D. Clémence 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

Appendice C

Directives pour compléter le questionnaire

DIRECTIVES POUR COMPLÉTER LE QUESTIONNAIRE

Une étude, dirigée par les professeurs Gilles Lalande et Claudie Émond, est présentement en cours à l'Université du Québec à Chicoutimi. Nous souhaitons mieux comprendre l'influence de certains facteurs sur l'efficacité de processus psychothérapeutiques. Dans un premier temps, nous cherchons à valider l'utilisation de certains instruments de mesure. Votre participation à cette recherche nous serait précieuse afin de nous permettre d'atteindre nos objectifs.

La participation à ce projet de recherche est tout à fait volontaire. Votre décision de participer ou non à cette recherche n'aura aucune incidence sur les services psychologiques que vous recevez. 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.

Votre participation requiert que vous complétiez l'ensemble du questionnaire dans un endroit tranquille où vous ne serez pas interrompu. Répondre à ce questionnaire ne devrait pas prendre plus de 60 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 ci-jointe et de la déposer dans la boîte identifiée à cet effet dans votre milieu de consultation, si c'est le cas, ou de les placer dans l'enveloppe pré affranchie et pré adressée à l'Université du Québec à Chicoutimi puis de la poster aux chercheurs à l'Université du Québec à Chicoutimi. 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 psychologue ou à votre psychothérapeute.

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

Appendice D

Questionnaire

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 pas du tout	Correspond modérément	Correspond exactement		
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
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

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. Je sens que mon/ma thérapeute se soucie vraiment de moi.	1	2	3	4	5	6	7
2. Mon/ma thérapeute me donne du feedback sur la façon dont je progresse.	1	2	3	4	5	6	7
3. Je suis surveillé(e) de trop près par mon/ma thérapeute.	1	2	3	4	5	6	7
4. Mon/ma thérapeute est toujours prêt(e) à m'aider à prendre une décision.	1	2	3	4	5	6	7
5. Lorsque je ne réussis pas très bien, mon/ma thérapeute me donne du feedback utile, m'indiquant où je fais des erreurs.	1	2	3	4	5	6	7
6. Je sens que mon/ma thérapeute me force à adopter certains comportements.	1	2	3	4	5	6	7
7. Je sens que mon/ma thérapeute m'impose ses opinions.	1	2	3	4	5	6	7
8. Mon/ma thérapeute consacre beaucoup de temps et d'énergie à m'aider dans ce que je fais.	1	2	3	4	5	6	7
9. Mon/ma thérapeute se fout que je réussisse ou que j'échoue.	1	2	3	4	5	6	7
10. 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
11. Lorsque mon/ma thérapeute me donne du feedback, je ressens un sentiment de confiance en moi-même.	1	2	3	4	5	6	7
12. Mon/ma thérapeute manifeste de l'indifférence à mon égard.	1	2	3	4	5	6	7

13. Mon/ma thérapeute me donne beaucoup de liberté tout en étant disponible si j'ai besoin d'aide.	1	2	3	4	5	6	7
14. Le feedback que je reçois de mon/ma thérapeute me fait sentir incertain/e de mes capacités.	1	2	3	4	5	6	7
15. Mon/ma thérapeute favorise un atmosphère de compétition.	1	2	3	4	5	6	7
16. Mon/ma thérapeute m'encourage à être moi-même.	1	2	3	4	5	6	7
17. Mon/ma thérapeute me fait sentir obligé(e) d'adopter certains comportements.	1	2	3	4	5	6	7
18. Je sens que mon/ma thérapeute n'est pas intéressé(e) par mon opinion.	1	2	3	4	5	6	7
19. Je sens que mon thérapeute apprécie vraiment passer du temps avec moi.	1	2	3	4	5	6	7
20. Le feedback de mon/ma thérapeute représente des critiques inutiles.	1	2	3	4	5	6	7
21. Mon/ma thérapeute me fait sentir que je peux lui dire n'importe quoi.	1	2	3	4	5	6	7
22. Mon/ma thérapeute n'a pas d'attentes élevées à mon égard.	1	2	3	4	5	6	7
23. Le feedback de mon/ma thérapeute est constructif, ce qui m'aide à m'améliorer.	1	2	3	4	5	6	7
24. Mon/ma thérapeute met de la pression afin que je fasse ce qu'il veut.	1	2	3	4	5	6	7
25. Mon/ma thérapeute semble être sincèrement intéressé(e) par ce que je fais.	1	2	3	4	5	6	7
26. Lorsque mon/ma thérapeute me demande de faire quelque chose, il/elle me donne suffisamment de structure de telle sorte que je sache ce qu'il y a à faire sans pour autant me sentir limité(e).	1	2	3	4	5	6	7
27. Mon/ma thérapeute agit de façon contraignante avec moi.	1	2	3	4	5	6	7
28. Mon/ma thérapeute se rend disponible quand j'ai besoin de lui/d'elle.	1	2	3	4	5	6	7
29. Mon/ma thérapeute me donne des suggestions utiles quant aux moyens par lesquels je peux m'améliorer.	1	2	3	4	5	6	7
30. Mon/ma thérapeute me parle uniquement de mes erreurs.	1	2	3	4	5	6	7
31. Lorsque mon/ma thérapeute me demande de faire quelque chose, il/elle m'explique pourquoi je dois le faire.	1	2	3	4	5	6	7
32. Mon/ma thérapeute me donne plusieurs occasions de prendre mes propres décisions par rapport à ce que je fais.	1	2	3	4	5	6	7
33. Je sens que mon/ma thérapeute respecte mes initiatives.	1	2	3	4	5	6	7
34. Mon/ma thérapeute m'envoie le message que je ne suis pas à la hauteur.	1	2	3	4	5	6	7
35. Mon/ma thérapeute considère ouvertement mes pensées et mes sentiments bien qu'ils soient différents des siens.	1	2	3	4	5	6	7

QUESTIONNAIRE DE ROSENBERG

Indiquez jusqu'à quel point vous êtes d'accord avec chacun des énoncés suivants, en cochant la réponse qui décrit le mieux votre opinion. Toutes les réponses sont bonnes en autant qu'elles correspondent à ce que vous pensez vraiment. Ne vous attardez pas trop longtemps sur un énoncé, essayez de répondre spontanément.

	Tout à fait d'accord	D'accord	Pas d'accord	Pas tout d'accord	du
1. Je considère que j'ai au moins autant de valeur que les autres personnes.	<input type="checkbox"/>				
2. Je crois posséder un certain nombre de qualités.	<input type="checkbox"/>				
3. Tout compte fait, j'ai tendance à penser que j'ai tout raté.	<input type="checkbox"/>				
4. Je suis capable de faire les choses aussi bien que les autres.	<input type="checkbox"/>				
5. Je crois qu'il n'y a pas grand-chose dont je puisse être fier(fière).	<input type="checkbox"/>				
6. J'ai une attitude positive envers moi-même.	<input type="checkbox"/>				
7. Dans l'ensemble, je suis satisfait(e) de moi.	<input type="checkbox"/>				
8. Je souhaiterais avoir plus de respect pour moi-même.	<input type="checkbox"/>				
9. Il m'arrive parfois de me sentir inutile.	<input type="checkbox"/>				
10. Je pense parfois que je suis bon(ne) à rien.	<input type="checkbox"/>				

MAP

Cochez ☐ votre réponse dans le carré approprié.

1. Je suis une personne qui s'estime _____.

 Très peu Peu Assez Beaucoup Énormément

2. En toute circonstance, je peux _____ exprimer mes émotions.

 Très difficilement Difficilement Assez facilement Facilement Très facilement

3. Je suis capable de prévoir mes réactions.

 Très rarement Rarement Parfois Souvent Très souvent

4. Je crois que la vie est bonne pour moi.

 Très peu Peu Assez fortement Fortement Très fortement

5. Je m'adapte _____ au changement.
- Très difficilement Difficilement Assez difficilement Facilement Très facilement
6. Pour connaître ma valeur, je me base _____ sur ce que pensent les autres.
- Très peu Peu Assez Beaucoup Énormément
7. Quoiqu'il m'arrive, je fais _____ confiance à ce que je ressens.
- Très peu Peu Assez Beaucoup Énormément
8. J'ai l'impression d'être _____ responsable de ma vie.
- Très peu Peu Assez fortement Fortement Très fortement
9. Pour moi, le moment présent compte _____.
- Très peu Peu Assez Beaucoup Énormément
10. Je connais _____ mes forces et mes limites.
- Très mal Mal Assez bien Bien Très bien
11. Je suis _____ porté(e) à suivre l'exemple des autres.
- Très rarement Rarement Parfois Souvent Très souvent
12. J'écoute _____ mes émotions.
- Très peu Peu Assez Beaucoup Énormément
13. J'essaie _____ de me mettre dans la peau de quelqu'un pour le comprendre.
- Très rarement Rarement Parfois Souvent Très souvent
14. Je crois _____ que les gens sont fondamentalement bons.
- Très peu Peu Assez fortement Fortement Très fortement

15. Je peux _____ agir spontanément sans perdre le contrôle.
- Très difficilement Difficilement Assez difficilement Facilement Très facilement
16. Je tiens _____ à prendre moi-même mes décisions.
- Très peu Peu Assez Beaucoup Énormément
17. Je partage mes joies et mes peines avec un(e) confident(e).
- Très rarement Rarement Parfois Souvent Très souvent
18. En réfléchissant sur ma vie passée, il m'arrive _____ de comprendre tout à coup pourquoi certaines choses se sont produites.
- Très rarement Rarement Parfois Souvent Très souvent
19. Par ma façon de voir, je donne _____ un sens à ma vie.
- Très rarement Rarement Parfois Souvent Très souvent
20. Habituellement, je passe _____ à travers les échecs importants.
- Très difficilement Difficilement Assez difficilement Facilement Très facilement
21. Les critiques m'empêchent _____ de réaliser ce que j'ai le goût de faire.
- Très rarement Rarement Parfois Souvent Très souvent
22. Avec les autres, je me montre _____ comme je suis.
- Très rarement Rarement Parfois Souvent Très souvent
23. Je suis _____ porté(e) à m'engager dans des causes importantes.
- Très peu Peu Assez Beaucoup Énormément
24. J'arrive _____ à donner une sens à ma vie.
- Très difficilement Difficilement Assez difficilement Facilement Très facilement
25. Dans les situations difficiles, je reste _____ fidèle à moi-même.
- Très rarement Rarement Parfois Souvent Très souvent

26. J'exprime _____ mes opinions.

Très difficilement Difficilement Assez difficilement Facilement Très facilement

27. Je peux _____ m'intéresser aux problèmes des autres sans penser aux miens.

Très difficilement Difficilement Assez difficilement Facilement Très facilement

QUESTIONNAIRE DE RYFF

Lisez chaque énoncé et indiquez votre degré d'accord ou de désaccord en cochant la réponse qui décrit le mieux votre façon d'être ou d'agir.

	Tout à fait d'accord	Passablement d'accord	Plus ou moins d'accord	Plus ou moins désaccord	Passablement en désaccord	Tout à fait en désaccord
8. J'aime faire des plans pour le futur et travailler à les réaliser.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
9. Je suis une personne active lorsque vient le temps de réaliser mes projets.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
10. Il y a des gens qui errent sans but dans la vie mais je ne suis pas l'un d'eux.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
11. J'ai l'impression d'avoir tout fait ce qu'il y avait à faire dans la vie.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
12. Mes buts dans la vie furent plus une source de satisfaction que de frustration.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
13. Je trouve cela satisfaisant de penser à ce que j'ai accompli dans la vie.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
14. Tout compte fait, je ne suis pas si certain(e) que ma vie ait compté pour quelque chose.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				

MSP-25 A

Après chaque item, encerclez le chiffre de 1 à 8 en indiquant jusqu'à quel degré l'item vous décrit bien dernièrement, c'est-à-dire depuis les 4 ou 5 derniers jours. Les chiffres de 1 à 8 signifient :

1 Pas du tout	2 Pas vraiment	3 Très peu	4 Un peu	5 Plutôt oui	6 Passablement	7 Beaucoup	8 Énormément
------------------	-------------------	---------------	-------------	-----------------	-------------------	---------------	-----------------

DERNIÈREMENT, C'EST-À-DIRE EN PENSANT AUX 4 OU 5 DERNIERS JOURS :

- | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1. Je suis tendu(e) ou crispé(e). | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| 2. Je me sens la gorge serrée ou j'ai la bouche sèche. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| 3. Je me sens pressé(e) par le temps, coincé(e) par le temps, je manque de temps. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| 4. J'ai tendance à sauter des repas ou à oublier de manger. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |

5. Je ressasse les mêmes idées, rumine, jongle, j'ai les mêmes pensées à répétition, la tête pleine.	1	2	3	4	5	6	7	8
6. Je me sens seul(e), isolé(e), incompris(e).	1	2	3	4	5	6	7	8
7. J'ai des douleurs physiques : mal au dos, mal à la tête, mal dans la nuque, mal au ventre.	1	2	3	4	5	6	7	8
8. Je suis préoccupé(e), tourmenté(e) ou tracassé(e).	1	2	3	4	5	6	7	8
9. J'ai des variations de température corporelle subites (très froid ou très chaud).	1	2	3	4	5	6	7	8
10. J'oublie des rendez-vous, des objets ou des affaires à faire.	1	2	3	4	5	6	7	8
11. Je pleure.	1	2	3	4	5	6	7	8
12. Je suis fatigué(e).	1	2	3	4	5	6	7	8
13. J'ai les mâchoires serrées.	1	2	3	4	5	6	7	8
14. Je suis calme.	1	2	3	4	5	6	7	8
15. Je pousse de longs soupirs ou je reprends tout à coup ma respiration.	1	2	3	4	5	6	7	8
16. J'ai la diarrhée ou des crampes intestinales ou constipé(e).	1	2	3	4	5	6	7	8
17. Je suis anxieux(se), inquièt(e) ou angoissé(e).	1	2	3	4	5	6	7	8
18. Je sursaute (fais des sauts).	1	2	3	4	5	6	7	8
19. Je prends plus d'une demi-heure à m'endormir.	1	2	3	4	5	6	7	8
20. Je suis confus(e), je n'ai pas les idées claires, je manque d'attention et de concentration.	1	2	3	4	5	6	7	8
21. J'ai les traits tirés ou les yeux cernés.	1	2	3	4	5	6	7	8
22. Je sens « beaucoup de pression sur les épaules ».	1	2	3	4	5	6	7	8
23. Je suis fébrile, j'ai toujours le goût de bouger, je ne tiens pas en place, je suis énervé(e).	1	2	3	4	5	6	7	8
24. Je contrôle mal mes réactions, mes humeurs, mes gestes.	1	2	3	4	5	6	7	8
25. Je suis stressé(e).	1	2	3	4	5	6	7	8

INVENTAIRE DE BECK

Ce questionnaire contient plusieurs groupes de phrases. Pour chacun des groupes :

- *Lisez attentivement toutes les phrases;*
- *Cochez la case à côté de la phrase qui décrit le mieux comment vous vous sentez dans le moment présent.*

1. Je ne me sens pas triste.
 Je me sens morose ou triste.
 Je suis morose ou triste tout le temps et je ne peux pas me remettre d'aplomb.
 Je suis tellement triste ou malheureux(se) que cela me fait mal.
 Je suis tellement triste ou malheureux(se) que je ne peux plus le supporter.

2. Je ne suis pas particulièrement pessimiste ou découragé(e) à propos du futur.
 Je me sens découragé(e) à propos du futur.
 Je sens que je n'ai rien à attendre du futur.
 Je sens que je n'arriverai jamais à surmonter mes difficultés.
 Je sens que le futur est sans espoir et que les choses ne peuvent pas s'améliorer.

3. Je ne sens pas que je suis un échec.
 Je sens que j'ai échoué plus que la moyenne de gens.
 Je sens que j'ai accompli très peu de choses qui aient de la valeur ou une signification quelconque.
 Quand je pense à ma vie passée, je ne peux voir rien d'autre qu'un grand nombre d'échecs.
 Je sens que je suis un échec complet en tant que personne (parent, mari, femme).

4. Je ne suis pas particulièrement mécontent(e).
 Je me sens «tanné(e)» la plupart du temps.
 Je ne prends pas plaisir aux choses comme auparavant.
 Je n'obtiens plus de satisfaction de quoi que ce soit.
 Je suis mécontent(e) de tout.

5. Je ne me sens pas particulièrement coupable.
 Je me sens souvent mauvais(e) ou indigne.
 Je me sens plutôt coupable.
 Je me sens mauvais(e) et indigne presque tout le temps.
 Je sens que je suis très mauvais(e) ou très indigne.

6. Je n'ai pas l'impression d'être puni(e).
 J'ai l'impression que quelque chose de malheureux peut m'arriver.
 Je sens que je suis ou serai puni(e).
 Je sens que je mérite d'être puni(e).
 Je veux être puni(e).

- Lisez attentivement toutes les phrases;

- Cochez la case à côté de la phrase qui décrit le mieux comment vous vous sentez dans le moment présent.

7. Je ne me sens pas déçu(e) de moi-même.
 Je suis déçu(e) de moi-même.
 Je ne m'aime pas.
 Je suis dégoûté(e) de moi-même.
 Je me hais.
8. Je ne sens pas que je suis pire que les autres.
 Je me critique pour mes faiblesses et mes erreurs.
 Je me blâme pour mes fautes.
 Je me blâme pour tout ce qui arrive de mal.
9. Je n'ai aucune idée de me faire du mal.
 J'ai des idées de me faire du mal mais je ne les mettrai pas à exécution.
 Je sens que je serais mieux mort(e).
 Je sens que ma famille serait mieux si j'étais mort(e).
 J'ai des plans biens définis pour un acte suicidaire.
 Je me tuerais si je le pouvais.
10. Je ne pleure pas plus que d'habitude.
 Je pleure plus maintenant qu'auparavant.
 Je pleure tout le temps, maintenant. Je ne peux pas m'arrêter.
 Auparavant, j'étais capable de pleurer mais maintenant je ne peux pas pleurer du tout, même si je le veux.
11. Je ne suis pas plus irrité(e) maintenant que je le suis d'habitude.
 Je deviens contrarié(e) ou irrité(e) plus facilement maintenant qu'en temps ordinaire.
 Je me sens irrité(e) tout le temps.
 Je ne suis plus irrité(e) du tout par les choses qui m'irritent habituellement.
12. Je n'ai pas perdu(e) intérêt aux autres.
 Je suis moins intéressé(e) aux autres maintenant qu'auparavant.
 J'ai perdu(e) la plupart de mon intérêt pour les autres et j'ai peu de sentiments pour eux
 J'ai perdu(e) tout mon intérêt pour les autres et je ne me soucie pas d'eux du tout.
13. Je prends des décisions aussi bien que jamais.
 J'essaie de remettre à plus tard mes décisions.
 J'ai beaucoup de difficulté à prendre des décisions.
 Je ne suis pas capable de prendre des décisions du tout.
14. Je n'ai pas l'impression de paraître pire qu'auparavant.
 Je m'inquiète de paraître vieux(vieille) et sans attrait.
 Je sens qu'il y a des changements permanents dans mon apparence et que ces changements me font paraître sans attractions.
 Je me sens laid(e) et répugnant(e).

- Lisez attentivement toutes les phrases;

- Cochez la case à côté de la phrase qui décrit le mieux comment vous vous sentez dans le moment présent.

15. Je peux travailler pratiquement aussi bien qu'avant.
 J'ai besoin de faire des efforts supplémentaires pour commencer à faire quelque chose.
 Je ne travaille pas aussi bien qu'avant.
 J'ai besoin de me pousser très fort pour faire quoi que ce soit.
 Je ne peux faire aucun travail.
16. Je peux dormir aussi bien que d'habitude.
 Je me réveille plus fatigué(e) le matin que d'habitude.
 Je me réveille 1-2 heures plus tôt que d'habitude et j'ai de la difficulté à me rendormir.
 Je me réveille tôt chaque jour et je ne peux dormir plus de 5 heures.
17. Je ne suis pas plus fatigué(e) que d'habitude.
 Je me fatigue plus facilement qu'avant.
 Je me fatigue à faire quoi que ce soit.
 Je suis trop fatigué(e) pour faire quoi que ce soit.
18. Mon appétit est aussi bon que d'habitude.
 Mon appétit n'est pas aussi bon que d'habitude.
 Mon appétit est beaucoup moins bon maintenant.
 Je n'ai plus d'appétit du tout.
19. Je n'ai pas perdu beaucoup de poids (si j'en ai vraiment perdu) dernièrement.
 J'ai perdu plus de 5 livres.
 J'ai perdu plus de 10 livres.
 J'ai perdu plus de 15 livres.
20. Je ne suis pas plus préoccupé(e) de ma santé que d'habitude.
 Je suis préoccupé(e) par des maux et des douleurs, ou des problèmes de digestion ou de constipation.
 Je suis tellement préoccupé(e) par ce que je ressens ou comment je me sens qu'il est difficile pour moi de penser à autre chose.
 Je pense seulement à ce que je ressens ou comment je me sens.
21. Je n'ai noté aucun changement récent dans mon intérêt pour le sexe.
 Je suis moins intéressé(e) par le sexe qu'auparavant.
 Je suis beaucoup moins intéressé(e) par le sexe maintenant.
 J'ai complètement perdu mon intérêt pour le sexe.

ÉCHELLE DE DIENER

Indiquez votre degré d'accord ou de désaccord avec chacun des énoncés en cochant la réponse qui décrit le mieux votre opinion.

	Fortement en accord	En accord	Légère- ment accord	Ni désaccord ni en accord	en désaccord	Légère- ment désaccord	En désaccord	Fortement en désaccord
1. En général, ma vie correspond de près à mes idéaux.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Mes conditions de vie sont excellentes.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Je suis satisfait(e) de ma vie.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Jusqu'à maintenant, j'ai obtenu les choses importantes que je voulais de la vie.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Si je pouvais recommencer ma vie, je n'y changerais presque rien.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

SCL-10

Voici une liste de problèmes dont se plaignent parfois les gens. Lisez attentivement chaque ligne et cochez le numéro qui décrit le mieux à quel point ce problème vous a troublé(e) au cours des sept (7) derniers jours, y compris aujourd'hui.

Ce problème vous a-t-il troublé(e)?	0 Pas tout	1 du Un peu	2 Modéré- ment	3 Beaucoup	4 Extrême- ment
1. Sentiment de solitude.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
2. Manque d'intérêt pour tout.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
3. Peur des grands espaces ou dans les rues.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
4. Sentiment de faiblesse dans certaines parties du corps.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
5. Avoir le cafard.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
6. Sensation de lourdeur dans les bras et les jambes.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4

	0 Pas tout	1 Un peu	2 Modéré- ment	3 Beaucoup	4 Extrême- ment
7. Peur de sortir seul(e) de la maison.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
8. Sentiment de tension ou de surexcitation.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
9. Sentiment que vous ne valez rien.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
10. Sentiment de solitude même en compagnie d'autres personnes.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4

Appendice E
Questionnaire d'informations générales

INFORMATIONS GÉNÉRALES

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

6. Quelle est votre estimation de votre revenu personnel total au cours des 12 derniers mois?

- | | |
|--|--|
| (1) <input type="checkbox"/> Moins de 15 000\$ | (2) <input type="checkbox"/> Entre 15 000\$ et moins de 25 000\$ |
| (3) <input type="checkbox"/> Entre 25 000\$ et moins de 35 000\$ | (4) <input type="checkbox"/> Entre 35 000\$ et moins de 45 000\$ |
| (5) <input type="checkbox"/> Entre 45 000\$ et moins de 55 000\$ | (6) <input type="checkbox"/> 55 000\$ et plus |
| (7) <input type="checkbox"/> Aucun revenu | (8) <input type="checkbox"/> Ne sais pas |

7. Si vous vivez en couple, quelle est votre estimation du revenu de couple total (les deux conjoints réunis avant impôt) au cours des 12 derniers mois?

- | | |
|--|--|
| (1) <input type="checkbox"/> Moins de 15 000\$ | (2) <input type="checkbox"/> Entre 15 000\$ et moins de 25 000\$ |
| (3) <input type="checkbox"/> Entre 25 000\$ et moins de 35 000\$ | (4) <input type="checkbox"/> Entre 35 000\$ et moins de 45 000\$ |
| (5) <input type="checkbox"/> Entre 45 000\$ et moins de 55 000\$ | (6) <input type="checkbox"/> 55 000\$ et plus |
| (7) <input type="checkbox"/> Aucun revenu | (8) <input type="checkbox"/> Ne sais pas |
| (9) <input type="checkbox"/> Ne s'applique pas | |

8. Depuis combien de temps êtes-vous en thérapie avec votre thérapeute actuel?

9. Si vous connaissez le nombre de séances de thérapie que vous avez eues avec votre thérapeute actuel, s.v.p. l'indiquer : _____ séances.

10. Avez-vous été en thérapie avec d'autres thérapeutes, à l'exception de votre thérapeute actuel?

- (1) Oui Si oui, à part votre thérapeute actuel, avec combien d'autres thérapeute(s) avez-vous été en psychothérapie? _____
- (2) Non

11. À quelle fréquence rencontrez-vous votre thérapeute actuel? (par exemple, une fois par semaine, une fois aux deux semaines)?

12. Estimez le pourcentage de séances de thérapie où vous avez été présent : _____ %.

13. Rencontrez-vous des difficultés particulières à voir votre thérapeute? (par exemple, lieu de rencontre, horaire, etc.)?

- (1) Oui Si oui, précisez la nature des difficultés rencontrées.

(2) Non

14. 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

15. Donnez une brève description des problèmes (ou motifs) qui vous ont amené à demander l'aide de votre thérapeute.

16. Prenez-vous actuellement un ou des médicaments en lien avec vos problèmes ou difficultés psychologiques?

- (1) Non
(2) Oui : Si oui, précisez le nom du ou des médicament(s) et/ou la raison pour laquelle vous le(s) prenez.

17. 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.
-

Appendice F

Feuille de directives des thérapeutes

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. La première étape de la recherche consiste à valider l'utilisation de certains instruments de mesure. Pour ce faire, les chercheurs ont besoin que des personnes comme vous complètent un questionnaire à trois moments durant le processus thérapeutique : en début de processus, après la quatrième entrevue et à la fin du processus. 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 ces questionnaires que vous pouvez compléter sur place ou à la maison. Quand vous remplissez un questionnaire, il est très important que vous le fassiez dans un endroit tranquille où vous ne serez pas interrompu. Quand vous aurez rempli le formulaire de consentement et complété un questionnaire, nous vous demandons de les placer dans l'enveloppe ci-jointe et de la déposer dans la boîte identifiée à cet effet dans votre milieu de consultation. Elle sera récupérée par les chercheurs de l'Université.

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.

Appendice G

Formulaire de consentement des thérapeutes

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 valider l'usage de certains instruments de mesure pour évaluer l'influence de certains facteurs sur l'efficacité des processus thérapeutiques. Je suis conscient que le questionnaire inclut certaines questions concernant leur perception du thérapeute, donc de moi, et j'accepte que ce questionnaire soit complété.

Signature du thérapeute

Signature du chercheur

Date

Appendice H

Moyennes des variables

Descriptive Statistics

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
MAP_AUT MAP AUTONOMIE	88	1,83	4,67	3,2670	,6146
MAP_ADA MAP ADAPTATION	88	1,50	4,67	3,3201	,6897
MAP_SOI MAP OUVERTURE À SOI	88	1,67	4,83	3,3580	,6726
MAP_OUV MAP OUVERTURE AUX AUTRES	88	2,00	4,67	3,5436	,5464
MAP_VIE MAP OUVERTURE À LA VIE	88	1,20	4,60	3,4523	,6321
MAP_REF MAP RÉFÉRENCE À SOI	88	2,00	4,60	3,2878	,5773
MAP_EXP MAP OUVERTURE EXPERIENCE	88	1,94	4,59	3,4512	,5052
SENSVIE echelle de sens à la vie	88	2,64	5,86	4,4304	,8145
SATISVIE echelle de satisfaction de vie	88	1,00	7,00	4,4608	1,4196
SCLTOT score de symptomes psychologiques	88	,00	3,10	1,1511	,7679
MBDI score moyen au bdi sans recode	88	1,00	2,90	1,7004	,5534
ESTIME score d'estime de soi	88	1,80	4,00	3,0750	,5873
MSPTOT	88	1,00	7,08	3,8944	1,4922
M_INTROR Motivation introjectée modifiée (sans 10)	88	1,00	7,00	3,3258	1,6014
M_EXTER score de motivation externe	88	1,00	5,25	1,4830	,9467
M_AMOT score d'amotivation	88	1,00	5,50	1,7244	1,0100
M_TOTAL score total echelle motivation	88	-5,67	32,00	18,5975	7,9085
M_AUTO score de motivation autodetermine	88	8,25	21,00	16,1638	2,7595
M_NAUTO score de motivation non-autodetermine	88	3,00	16,50	7,0710	2,5410
ECI_SOUT ECI soutien à la compétence	88	4,00	7,00	5,9497	,6674
RECI_CAR ECI care modifié (sans 9 et 12)	88	3,40	7,00	5,8449	,9018
ECI_AUT ECI soutien à l'autonomie	88	4,38	7,00	6,2699	,6053
Valid N (listwise)	88				

Appendice I

Matrice de corrélations

Correlations

		MAP_AUT MAP AUTONOMIE	MAP_ADA MAP ADAPTATION	MAP_SOI MAP OUVERTURE À SOI
MAP_AUT MAP AUTONOMIE	Pearson Correlation	1,000	,600**	,608*
	Sig. (2-tailed)	,	,000	,000
	N	88	88	88
MAP_ADA MAP ADAPTATION	Pearson Correlation	,600**	1,000	,540*
	Sig. (2-tailed)	,000	,	,000
	N	88	88	88
MAP_SOI MAP OUVERTURE À SOI	Pearson Correlation	,608**	,540**	1,000
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,
	N	88	88	88
MAP_OUV MAP OUVERTURE AUX AUTRES	Pearson Correlation	,537**	,532**	,486**
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000
	N	88	88	88
MAP_VIE MAP OUVERTURE À LA VIE	Pearson Correlation	,535**	,510**	,458*
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000
	N	88	88	88
MAP_REF MAP RÉFÉRENCE À SOI	Pearson Correlation	,925**	,860**	,646**
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000
	N	88	88	88
MAP_EXP MAP OUVERTURE EXPERIENCE	Pearson Correlation	,688**	,644**	,824**
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000
	N	88	88	88
SENSVIE echelle de sens a la vie	Pearson Correlation	,644**	,509**	,550**
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000
	N	88	88	88
SATISVIE echelle de satisfaction de vie	Pearson Correlation	,433**	,489**	,423**
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000
	N	88	88	88
SCLTOT score de symptômes psychologiques	Pearson Correlation	-,492**	-,491**	-,486**
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000
	N	88	88	88
MBDI score moyen au bdi sans recode	Pearson Correlation	-,514**	-,563**	-,525**
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000
	N	88	88	88
ESTIME score d'estime de soi	Pearson Correlation	,749**	,627**	,640**
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000
	N	88	88	88
MSPTOT	Pearson Correlation	-,526**	-,525**	-,527**
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000
	N	88	88	88
M_INTROR Motivation introjectée modifiée (sans 10)	Pearson Correlation	-,124	-,107	-,102
	Sig. (2-tailed)	,251	,321	,343
	N	88	88	88
M_EXTER score de motivation externe	Pearson Correlation	-,387**	-,155	-,239*
	Sig. (2-tailed)	,000	,150	,025
	N	88	88	88
M_AMOT score d'amotivation	Pearson Correlation	-,213*	-,193	-,346**
	Sig. (2-tailed)	,046	,071	,001
	N	88	88	88

Correlations

		MAP_AUT MAP AUTONOMIE	MAP_ADA MAP ADAPTATION	MAP_SOI MAP OUVERTURE À SOI
M_TOTAL score total echelle motivation	Pearson Correlation	,094	,001	,226*
	Sig. (2-tailed)	,383	,994	,034
	N	88	88	88
M_AUTO score de motivation autodetermine	Pearson Correlation	-,160	-,179	-,010
	Sig. (2-tailed)	,136	,095	,930
	N	88	88	88
M_NAUTO score de motivation non-autodetermine	Pearson Correlation	-,325**	-,217*	-,304**
	Sig. (2-tailed)	,002	,042	,004
	N	88	88	88
ECI_SOUT ECI soutien à la compétence	Pearson Correlation	-,022	-,056	,091
	Sig. (2-tailed)	,841	,606	,398
	N	88	88	88
RECI_CAR ECI care modifié (sans 9 et 12)	Pearson Correlation	-,145	-,183	-,103
	Sig. (2-tailed)	,178	,087	,341
	N	88	88	88
ECI_AUT ECI soutien à l'autonomie	Pearson Correlation	,086	,025	,125
	Sig. (2-tailed)	,427	,818	,247
	N	88	88	88

Correlations

		MAP_OUV MAP OUVERTURE AUX AUTRES	MAP_VIE MAP OUVERTURE À LA VIE	MAP_REF MAP RÉFÉRENCE À SOI
MAP_AUT MAP AUTONOMIE	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	,537** ,000 88	,535** ,000 88	,925** ,000 88
MAP_ADA MAP ADAPTATION	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	,532** ,000 88	,510** ,000 88	,860** ,000 88
MAP_SOI MAP OUVERTURE À SOI	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	,486** ,000 88	,458** ,000 88	,646** ,000 88
MAP_OUV MAP OUVERTURE AUX AUTRES	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	1,000 , 88	,588** ,000 88	,595** ,000 88
MAP_VIE MAP OUVERTURE À LA VIE	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	,588** ,000 88	1,000 , 88	,584** ,000 88
MAP_REF MAP RÉFÉRENCE À SOI	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	,595** ,000 88	,584** ,000 88	1,000 , 88
MAP_EXP MAP OUVERTURE EXPERIENCE	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	,827** ,000 88	,808** ,000 88	,746** ,000 88
SENSVIE echelle de sens a la vie	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	,582** ,000 88	,676** ,000 88	,653** ,000 88
SATISVIE echelle de satisfaction de vie	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	,578** ,000 88	,696** ,000 88	,509** ,000 88
SCLTOT score de symptômes psychologiques	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	-,381** ,000 88	-,520** ,000 88	-,548** ,000 88
MBDI score moyen au bdi sans recode	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	-,444** ,000 88	-,528** ,000 88	-,596** ,000 88
ESTIME score d'estime de soi	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	,517** ,000 88	,638** ,000 88	,777** ,000 88
MSPTOT	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	-,368** ,000 88	-,449** ,000 88	-,586** ,000 88
M_INTROR Motivation introjectée modifiée (sans 10)	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	-,368** ,000 88	-,115 ,284 88	-,129 ,231 88
M_EXTER score de motivation externe	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	-,241* ,024 88	-,094 ,386 88	-,321** ,002 88
M_AMOT score d'amotivation	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	-,433** ,000 88	-,321** ,002 88	-,228* ,033 88

Correlations

		MAP_OUV MAP OUVERTURE AUX AUTRES	MAP_VIE MAP OUVERTURE À LA VIE	MAP_REF MAP RÉFÉRENCE À SOI
M_TOTAL score total echelle motivation	Pearson Correlation	,333**	,309**	,060
	Sig. (2-tailed)	,002	,003	,580
	N	88	88	88
M_AUTO score de motivation autodetermine	Pearson Correlation	,033	,153	-,188
	Sig. (2-tailed)	,759	,154	,079
	N	88	88	88
M_NAUTO score de motivation non-autodetermine	Pearson Correlation	-,448**	-,225*	-,310**
	Sig. (2-tailed)	,000	,035	,003
	N	88	88	88
ECI_SOUT ECI soutien à la compétence	Pearson Correlation	,203	,199	-,041
	Sig. (2-tailed)	,058	,063	,703
	N	88	88	88
RECI_CAR ECI care modifié (sans 9 et 12)	Pearson Correlation	,009	,045	-,181
	Sig. (2-tailed)	,932	,674	,091
	N	88	88	88
ECI_AUT ECI soutien à l'autonomie	Pearson Correlation	,368**	,167	,066
	Sig. (2-tailed)	,000	,119	,540
	N	88	88	88

Correlations

		MAP_EXP MAP OUVERTURE EXPERIENCE	SENSVIE echelle de sens à la vie	SATISVIE echelle de satisfaction de vie	SCLTOT score de symptômes psychologiq ues
MAP_AUT MAP AUTONOMIE	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	,688** ,000 88	,644** ,000 88	,433** ,000 88	-,492** ,000 88
MAP_ADA MAP ADAPTATION	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	,644** ,000 88	,509** ,000 88	,489** ,000 88	-,491** ,000 88
MAP_SOI MAP OUVERTURE À SOI	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	,824** ,000 88	,550** ,000 88	,423** ,000 88	-,486** ,000 88
MAP_OUV MAP OUVERTURE AUX AUTRES	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	,827** ,000 88	,582** ,000 88	,578** ,000 88	-,381** ,000 88
MAP_VIE MAP OUVERTURE À LA VIE	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	,808** ,000 88	,676** ,000 88	,696** ,000 88	-,520** ,000 88
MAP_REF MAP RÉFÉRENCE À SOI	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	,746** ,000 88	,653** ,000 88	,509** ,000 88	-,548** ,000 88
MAP_EXP MAP OUVERTURE EXPERIENCE	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	1,000 ,	,729** ,000 88	,675** ,000 88	-,565** ,000 88
SENSVIE echelle de sens a la vie	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	,729** ,000 88	1,000 ,	,573** ,000 88	-,583** ,000 88
SATISVIE echelle de satisfaction de vie	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	,675** ,000 88	,573** ,000 88	1,000 ,	-,581** ,000 88
SCLTOT score de symptômes psychologiques	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	-,565** ,000 88	-,583** ,000 88	-,581** ,000 88	1,000 ,
MBDI score moyen au bdi sans recode	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	-,610** ,000 88	-,552** ,000 88	-,647** ,000 88	,774** ,000 88
ESTIME score d'estime de soi	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	,733** ,000 88	,706** ,000 88	,589** ,000 88	-,677** ,000 88
MSPTOT	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	-,553** ,000 88	-,478** ,000 88	-,511** ,000 88	,796** ,000 88
M_INTROR Motivation introjectée modifiée (sans 10)	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	-,231* ,030 88	-,267* ,012 88	-,007 ,949 88	,007 ,952 88
M_EXTER score de motivation externe	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	-,239* ,025 88	-,289** ,006 88	,001 ,994 88	,143 ,185 88
M_AMOT score d'amotivation	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	-,446** ,000 88	-,403** ,000 88	-,129 ,231 88	,093 ,388 88

Correlations

		MAP_EXP MAP OUVERTURE EXPERIENCE	SENSVIE echelle de sens a la vie	SATISVIE echelle de satisfaction de vie	SCLTOT score de symptomes psychologiques
M_TOTAL score total echelle motivation	Pearson Correlation	,347**	,333**	,148	-,116
	Sig. (2-tailed)	,001	,002	,169	,284
	N	88	88	88	88
M_AUTO score de motivation autodetermine	Pearson Correlation	,065	,051	,091	-,037
	Sig. (2-tailed)	,550	,634	,399	,735
	N	88	88	88	88
M_NAUTO score de motivation non-autodetermine	Pearson Correlation	-,397**	-,421**	-,073	,107
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,497	,321
	N	88	88	88	88
ECI_SOUT ECI soutien à la compétence	Pearson Correlation	,193	,134	,044	-,003
	Sig. (2-tailed)	,071	,212	,681	,975
	N	88	88	88	88
RECI_CAR ECI care modifié (sans 9 et 12)	Pearson Correlation	-,028	-,033	-,057	,078
	Sig. (2-tailed)	,795	,759	,595	,473
	N	88	88	88	88
ECI_AUT ECI soutien à l'autonomie	Pearson Correlation	,261*	,245*	,031	-,069
	Sig. (2-tailed)	,014	,022	,774	,522
	N	88	88	88	88

Correlations

		MBDI score moyen au bdi sans recode	ESTIME score d'estime de soi	MSPTOT	M_INTROR Motivation introjectée modifiée (sans 10)
MAP_AUT MAP AUTONOMIE	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	-,514** ,000 88	,749** ,000 88	-,526** ,000 88	-,124 ,251 88
MAP_ADA MAP ADAPTATION	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	-,563** ,000 88	,627** ,000 88	-,525** ,000 88	-,107 ,321 88
MAP_SOI MAP OUVERTURE À SOI	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	-,525** ,000 88	,640** ,000 88	-,527** ,000 88	-,102 ,343 88
MAP_OUV MAP OUVERTURE AUX AUTRES	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	-,444** ,000 88	,517** ,000 88	-,368** ,000 88	-,368** ,000 88
MAP_VIE MAP OUVERTURE À LA VIE	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	-,528** ,000 88	,638** ,000 88	-,449** ,000 88	-,115 ,284 88
MAP_REF MAP RÉFÉRENCE À SOI	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	-,596** ,000 88	,777** ,000 88	-,586** ,000 88	-,129 ,231 88
MAP_EXP MAP OUVERTURE EXPERIENCE	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	-,610** ,000 88	,733** ,000 88	-,553** ,000 88	-,231* ,030 88
SENSVIE echelle de sens à la vie	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	-,552** ,000 88	,706** ,000 88	-,478** ,000 88	-,267* ,012 88
SATISVIE echelle de satisfaction de vie	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	-,647** ,000 88	,589** ,000 88	-,511** ,000 88	-,007 ,949 88
SCLTOT score de symptômes psychologiques	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	,774** ,000 88	-,677** ,000 88	,796** ,000 88	,007 ,952 88
MBDI score moyen au bdi sans recode	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	1,000 ,88	-,696** ,000 88	,761** ,000 88	,079 ,465 88
ESTIME score d'estime de soi	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	-,696** ,000 88	1,000 ,88	-,684** ,000 88	-,140 ,195 88
MSPTOT	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	,761** ,000 88	-,684** ,000 88	1,000 ,88	,074 ,491 88
M_INTROR Motivation introjectée modifiée (sans 10)	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	,079 ,465 88	-,140 ,195 88	,074 ,491 88	1,000 ,88
M_EXTER score de motivation externe	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	,176 ,101 88	-,212* ,047 88	,168 ,117 88	,295** ,005 88
M_AMOT score d'amotivation	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	,105 ,328 88	-,218* ,041 88	,162 ,133 88	,529** ,000 88

Correlations

		MBDI score moyen au bdi sans recode	ESTIME score d'estime de soi	MSPTOT	M_INTROR Motivation introjectée modifiée (sans 10)
M_TOTAL score total echelle motivation	Pearson Correlation	-,093	,076	-,052	-,384**
	Sig. (2-tailed)	,390	,481	,628	,000
	N	88	88	88	88
M_AUTO score de motivation autodetermine	Pearson Correlation	,042	-,147	,095	,100
	Sig. (2-tailed)	,701	,172	,381	,355
	N	88	88	88	88
M_NAUTO score de motivation non-autodetermine	Pearson Correlation	,169	-,255*	,164	,818**
	Sig. (2-tailed)	,116	,016	,127	,000
	N	88	88	88	88
ECI_SOUT ECI soutien à la compétence	Pearson Correlation	,036	,021	,005	-,257*
	Sig. (2-tailed)	,741	,843	,962	,016
	N	88	88	88	88
RECI_CAR ECI care modifié (sans 9 et 12)	Pearson Correlation	,141	-,100	,072	-,114
	Sig. (2-tailed)	,189	,355	,504	,289
	N	88	88	88	88
ECI_AUT ECI soutien à l'autonomie	Pearson Correlation	-,060	,094	-,061	-,397**
	Sig. (2-tailed)	,578	,383	,574	,000
	N	88	88	88	88

Correlations

		M_EXTER score de motivation externe	M_AMOT score d'amotivation	M_TOTAL score total echelle motivation	M_AUTO score de motivation autodetermi ne
MAP_AUT MAP AUTONOMIE	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	-,387** ,000 88	-,213* ,046 88	,094 ,383 88	-,160 ,136 88
MAP_ADA MAP ADAPTATION	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	-,155 ,150 88	-,193 ,071 88	,001 ,994 88	-,179 ,095 88
MAP_SOI MAP OUVERTURE À SOI	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	-,239* ,025 88	-,346** ,001 88	,226* ,034 88	-,010 ,930 88
MAP_OUV MAP OUVERTURE AUX AUTRES	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	-,241* ,024 88	-,433** ,000 88	,333** ,002 88	,033 ,759 88
MAP_VIE MAP OUVERTURE À LA VIE	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	-,094 ,386 88	-,321** ,002 88	,309** ,003 88	,153 ,154 88
MAP_REF MAP RÉFÉRENCE À SOI	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	-,321** ,002 88	-,228* ,033 88	,060 ,580 88	-,188 ,079 88
MAP_EXP MAP OUVERTURE EXPERIENCE	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	-,239* ,025 88	-,446** ,000 88	,347** ,001 88	,065 ,550 88
SENSVIE echelle de sens a la vie	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	-,289** ,006 88	-,403** ,000 88	,333** ,002 88	,051 ,634 88
SATISVIE echelle de satisfaction de vie	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	,001 ,994 88	-,129 ,231 88	,148 ,169 88	,091 ,399 88
SCLTOT score de symptomes psychologiques	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	,143 ,185 88	,093 ,388 88	-,116 ,284 88	-,037 ,735 88
MBDI score moyen au bdi sans recode	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	,176 ,101 88	,105 ,328 88	-,093 ,390 88	,042 ,701 88
ESTIME score d'estime de soi	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	-,212* ,047 88	-,218* ,041 88	,076 ,481 88	-,147 ,172 88
MSPTOT	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	,168 ,117 88	,162 ,133 88	-,052 ,628 88	,095 ,381 88
M_INTROR Motivation introjectée modifiée (sans 10)	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	,295** ,005 88	,529** ,000 88	-,384** ,000 88	,100 ,355 88
M_EXTER score de motivation externe	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	1,000 , 88	,434** ,000 88	-,428** ,000 88	,027 ,803 88
M_AMOT score d'amotivation	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	,434** ,000 88	1,000 , 88	-,615** ,000 88	-,080 ,461 88

Correlations

		M_EXTER score de motivation externe	M_AMOT score d'amotivation	M_TOTAL score total echelle motivation	M_AUTO score de motivation autodetermi ne
M_TOTAL score total echelle motivation	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	-,428** ,000 88	-,615** ,000 88	1,000 ,	,766** ,000 88
M_AUTO score de motivation autodetermine	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	,027 ,803 88	-,080 ,461 88	,766** ,000 88	1,000 ,
M_NAUTO score de motivation non-autodetermine	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	,686** ,000 88	,803** ,000 88	-,558** ,000 88	,077 ,477 88
ECI_SOUT ECI soutien à la compétence	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	-,056 ,606 88	-,504** ,000 88	,557** ,000 88	,400** ,000 88
RECI_CAR ECI care modifié (sans 9 et 12)	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	-,014 ,895 88	-,329** ,002 88	,398** ,000 88	,331** ,002 88
ECI_AUT ECI soutien à l'autonomie	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	-,386** ,000 88	-,571** ,000 88	,648** ,000 88	,369** ,000 88

Correlations

		M_NAUTO score de motivation non-autodétermine	ECI_SOUT ECI soutien à la compétence	RECI_CAR ECI care modifié (sans 9 et 12)	ECI_AUT ECI soutien à l'autonomie
MAP_AUT MAP AUTONOMIE	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	-,325** ,002 88	-,022 ,841 88	-,145 ,178 88	,086 ,427 88
MAP_ADA MAP ADAPTATION	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	-,217* ,042 88	-,056 ,606 88	-,183 ,087 88	,025 ,818 88
MAP_SOI MAP OUVERTURE À SOI	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	-,304** ,004 88	,091 ,398 88	-,103 ,341 88	,125 ,247 88
MAP_OUV MAP OUVERTURE AUX AUTRES	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	-,448** ,000 88	,203 ,058 88	,009 ,932 88	,368** ,000 88
MAP_VIE MAP OUVERTURE À LA VIE	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	-,225* ,035 88	,199 ,063 88	,045 ,674 88	,167 ,119 88
MAP_REF MAP RÉFÉRENCE À SOI	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	-,310** ,003 88	-,041 ,703 88	-,181 ,091 88	,066 ,540 88
MAP_EXP MAP OUVERTURE EXPERIENCE	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	-,397** ,000 88	,193 ,071 88	-,028 ,795 88	,261* ,014 88
SENSVIE echelle de sens à la vie	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	-,421** ,000 88	,134 ,212 88	-,033 ,759 88	,245* ,022 88
SATISVIE echelle de satisfaction de vie	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	-,073 ,497 88	,044 ,681 88	-,057 ,595 88	,031 ,774 88
SCLTOT score de symptômes psychologiques	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	,107 ,321 88	-,003 ,975 88	,078 ,473 88	-,069 ,522 88
MBDI score moyen au bdi sans recode	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	,169 ,116 88	,036 ,741 88	,141 ,189 88	-,060 ,578 88
ESTIME score d'estime de soi	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	-,255* ,016 88	,021 ,843 88	-,100 ,355 88	,094 ,383 88
MSPTOT	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	,164 ,127 88	,005 ,962 88	,072 ,504 88	-,061 ,574 88
M_INTROR Motivation introjectée modifiée (sans 10)	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	,818** ,000 88	-,257* ,016 88	-,114 ,289 88	-,397** ,000 88
M_EXTER score de motivation externe	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	,686** ,000 88	-,056 ,606 88	-,014 ,895 88	-,386** ,000 88
M_AMOT score d'amotivation	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	,803** ,000 88	-,504** ,000 88	-,329** ,002 88	-,571** ,000 88

Correlations

		M_NAUTO score de motivation non-autode termine	ECI_SOUT ECI soutien à la compétence	RECI_CAR ECI care modifié (sans 9 et 12)	ECI_AUT ECI soutien à l'autonomie
M_TOTAL score total échelle motivation	Pearson Correlation	-,558**	,557**	,398**	,648**
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000	,000
	N	88	88	88	88
M_AUTO score de motivation autodetermine	Pearson Correlation	,077	,400**	,331**	,369**
	Sig. (2-tailed)	,477	,000	,002	,000
	N	88	88	88	88
M_NAUTO score de motivation non-autodetermine	Pearson Correlation	1,000	-,346**	-,172	-,548**
	Sig. (2-tailed)	,	,001	,110	,000
	N	88	88	88	88
ECI_SOUT ECI soutien à la compétence	Pearson Correlation	-,346**	1,000	,717**	,678**
	Sig. (2-tailed)	,001	,	,000	,000
	N	88	88	88	88
RECI_CAR ECI care modifié (sans 9 et 12)	Pearson Correlation	-,172	,717**	1,000	,658**
	Sig. (2-tailed)	,110	,000	,	,000
	N	88	88	88	88
ECI_AUT ECI soutien à l'autonomie	Pearson Correlation	-,548**	,678**	,658**	1,000
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000	,
	N	88	88	88	88

**. Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

*. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

Appendice J

Moyennes des motivations

Moyennes des motivations

Variables	<i>N</i>	<i>M</i>	<i>ÉT</i>
Motivation intrinsèque	88	4,44	1,32
Motivation régulation intégrée	88	5,56	1,28
Motivation régulation identifiée	88	6,17	0,82
Motivation régulation introjectée	88	3,86	1,33
Motivation externe	88	1,48	0,95
Amotivation	88	1,72	1,01
Motivation autodéterminée	88	16,16	2,76
Motivation non-autodéterminée	88	7,07	2,54
Motivation totale	88	18,60	7,91