

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
MÉLANIE BOUTIN

RELATION ENTRE L'ALLIANCE THÉRAPEUTIQUE, LA SANTÉ MENTALE AINSI
QUE LA SATISFACTION ENVERS LA THÉRAPIE AU COURS D'UN PROCESSUS
PSYCHOTHÉRAPEUTIQUE CHEZ L'ADULTE.

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

La description et l'évaluation de l'alliance thérapeutique représentent un champ d'études majeur en psychothérapie depuis les vingt dernières années. C'est ainsi que plusieurs études ont démontré que l'alliance thérapeutique est un facteur essentiel d'une psychothérapie efficace. Puisque le changement thérapeutique est généralement associé à l'atteinte d'une bonne santé mentale, il est raisonnable de croire que l'alliance thérapeutique puisse être associée à la santé mentale des clients. L'objectif de cette recherche est de vérifier, dans un premier temps, la relation entre l'alliance thérapeutique et la santé mentale, selon des indicateurs de détresse et de bien-être psychologiques, auprès de clients engagés dans un processus psychothérapeutique. Dans un deuxième temps, elle tente de vérifier le lien entre l'alliance thérapeutique et le niveau de satisfaction des clients envers la thérapie. L'échantillon comprend 90 personnes, âgées de 18 ans et plus, ayant complété un minimum de trois séances en thérapie. Ces personnes ont répondu à un questionnaire auto-administré comprenant : 1) une mesure de l'alliance thérapeutique au moyen de la version française du California Psychotherapy Alliance Scale; 2) des mesures de détresse psychologique au moyen de la Mesure du stress psychologique, de l'Inventaire de Symptôme-10 et de l'Inventaire de dépression de Beck; 3) des mesures de bien-être psychologique au moyen de la Mesure d'actualisation du potentiel, de l'Échelle de satisfaction de vie, de l'Échelle du sens à la vie et de l'Échelle d'estime de soi de Rosenberg; 4) une mesure de satisfaction envers la thérapie au moyen de l'Échelle de satisfaction; 5) des questions portant sur les caractéristiques socio-démographiques. Les résultats obtenus indiquent que l'alliance thérapeutique est reliée significativement à la santé mentale et à la satisfaction des clients envers la thérapie. Néanmoins, l'alliance thérapeutique est davantage reliée aux indicateurs

de bien-être psychologique ainsi qu'à la satisfaction des clients envers la thérapie. Seul un indicateur de détresse psychologique, la dépression, s'est montré faiblement relié à l'alliance thérapeutique. Par ailleurs, l'alliance thérapeutique est corrélée positivement à la santé mentale et ce, principalement chez les clients ayant complété entre 11 et 20 séances de thérapie et ceux âgés de 35 ans et plus. Cette étude permet de conclure qu'il y a effectivement une relation entre l'alliance thérapeutique, la santé mentale et la satisfaction des clients envers la thérapie, mais qu'il faudra, dans les recherches futures, prendre en considération certains facteurs, notamment l'âge, le nombre de séances complétées ainsi que, chose étonnante, le motif de consultation des clients.

Table des matières

Sommaire.....	II
Table des matières.....	IV
Liste des Tableaux.....	VII
Remerciements.....	VIII
Introduction.....	1
Contexte théorique.....	6
Santé mentale.....	7
Définition de la santé mentale.....	8
Détresse psychologique.....	10
Bien-être psychologique.....	12
Modèle théorique de la santé mentale.....	15
Alliance thérapeutique.....	17
Recherches antérieures.....	17
Conception actuelle de l'alliance thérapeutique.....	25
Contributions du client et du thérapeute.....	28
Rôle de l'alliance thérapeutique.....	30
Facteurs pouvant faire varier la relation entre l'alliance et le résultat de la thérapie.....	31
Alliance thérapeutique et variables socio-démographiques.....	37
Alliance thérapeutique et satisfaction envers la thérapie.....	39
Mesures de l'alliance thérapeutique.....	41
Alliance thérapeutique et santé mentale.....	44
Efficacité thérapeutique et santé mentale.....	45
Relations interpersonnelles et santé mentale.....	46
Alliance thérapeutique et santé mentale.....	48
Études démontrant un lien positif.....	49
Étude soutenant qu'il n'y a aucun lien.....	51
Étude obtenant des résultats mitigés.....	52
Objectifs et hypothèses de la recherche.....	54
Méthode.....	56
Participants.....	57
Instruments de mesure.....	58
Questionnaire socio-démographique.....	61
Alliance thérapeutique.....	62

Table des matières (suite)

Santé mentale.....	63
Détresse psychologique.....	63
Bien-être psychologique.....	65
Satisfaction envers la thérapie.....	67
Déroulement.....	68
Plan de l'expérience.....	69
Résultats.....	70
Alliance thérapeutique, santé mentale et satisfaction envers la thérapie.....	71
Facteurs pouvant faire varier les relations existantes entre l'alliance thérapeutique, la santé mentale et la satisfaction envers la thérapie.....	73
Nombre de séances en thérapie.....	73
Âge des clients.....	77
Genre des clients.....	81
Capacité prédictive des composantes de l'alliance thérapeutique.....	83
Discussion.....	85
Alliance thérapeutique, santé mentale et satisfaction envers la thérapie.....	86
Alliance thérapeutique et détresse psychologique.....	87
Alliance thérapeutique et bien-être psychologique.....	92
Alliance thérapeutique et satisfaction envers la thérapie.....	100
Facteurs pouvant faire varier les relations entre l'alliance thérapeutique, la santé mentale et la satisfaction envers la thérapie.....	102
Nombre de séances suivies.....	102
Âge des clients.....	106
Genre des clients.....	108
Alliance thérapeutique selon ses sous-échelles.....	110
Forces et limites de la recherche.....	112
Pertinence du sujet.....	112
Alliance thérapeutique et âge des clients.....	112
Taille de l'échantillon.....	113
Pistes pour des recherches futures.....	114
Limites méthodologiques.....	114
Recommandations pour les futures recherches.....	116
Conclusion.....	118
Références.....	123

Appendice A : Lettre explicative de la recherche.....	137
Appendice B : Formulaires de consentement.....	139
Appendice C : Questionnaire.....	142
Appendice D : Répartition des motifs de consultation selon le nombre de séances de thérapie complétées et l'âge des clients.....	161

Liste des tableaux

Tableau

1	Caractéristiques des participants.....	59
2	Corrélations entre l'alliance thérapeutique et les indices de santé mentale ainsi que la satisfaction des clients envers la thérapie.....	72
3	Corrélations entre l'alliance thérapeutique et les indices de santé mentale ainsi que la satisfaction des clients envers la thérapie selon le nombre de séances de thérapie reçues.....	74
4	Corrélations entre l'alliance thérapeutique et les indices de santé mentale ainsi que la satisfaction des clients envers la thérapie en contrôlant le nombre de séances de thérapie reçues.....	77
5	Corrélations entre l'alliance thérapeutique et les indices de santé mentale ainsi que la satisfaction des clients envers la thérapie auprès de quatre groupes d'âge.....	78
6	Corrélations entre l'alliance thérapeutique et les indices de santé mentale ainsi que la satisfaction des clients envers la thérapie en contrôlant l'âge des répondants.....	80
7	Corrélations entre l'alliance thérapeutique et les indices de santé mentale ainsi que la satisfaction des clients envers la thérapie chez les femmes et les hommes.....	82
8	Régressions multiples sur l'actualisation du potentiel et la satisfaction envers la thérapie à l'aide des sous-échelles de l'alliance thérapeutique...	84

Remerciements

L’élaboration et la rédaction de ce mémoire ont été rendues possible grâce à la contribution indéniable de plusieurs personnes envers qui j’exprime toute ma gratitude. Dans un premier temps, je remercie tout particulièrement mon directeur de mémoire, Gilles Lalande, Ph.D., pour son soutien, sa patience et son intérêt tout au long de la réalisation de mon projet. Dans un deuxième temps, je tiens à souligner la présence et l’implication de toutes les personnes qui ont œuvré au sein de l’Équipe de recherche sur l’efficacité thérapeutique et ses déterminants qui sont : Claudie Émond, Ph.D., Nancy Boisvert, B.A., Karine Savard, B.A., et Virginie Simard, B.A. Merci également à Audrey Brassard, M.A., pour sa patience et son appui considérable au niveau des analyses statistiques. Enfin, il est important de souligner la compréhension et la douceur de ma famille et mes amis qui m’ont entourée et encouragée tout au long de mes études.

Introduction

Depuis longtemps, l'être humain cherche à aider et à réconforter son prochain. Il tente aussi de comprendre le sens des difficultés personnelles et interpersonnelles. Au plan professionnel, cet intérêt a donné lieu à diverses pratiques d'après Marineau (2000) : du médecin qui accompagne un patient à son chevet, au prêtre qui soutient un malade en mal de vivre ou encore à l'intervenant qui utilise un ensemble de méthodes et de techniques pour amener une personne vers un mieux-être. Selon Feldman, Giroux et Gauchy (1994), la naissance officielle de la psychologie a été fixée vers 1879 et, tout au long des années qui ont suivi cette naissance, la psychologie s'est développée graduellement jusqu'à devenir une véritable science. Pourtant, la psychologie n'est pas qu'une science, Marineau (2000) considère qu'elle est également un art dont l'expertise du savoir-faire se fonde sur la capacité de bien connaître et de bien appliquer un certain nombre de techniques et de méthodes. Elle requiert entre autres, de l'intuition et beaucoup d'empathie.

Présentement, il existe effectivement plusieurs approches psychothérapeutiques qui sont efficaces pour aider les personnes à résoudre leurs problèmes psychologiques ou d'adaptation. D'après Wells, Burlingame, Lambert, Hoag et Hope (1996), ces approches diffèrent sur le plan des personnes traitées, dans la manière dont elles sont traitées et dans la durée du traitement. Par ailleurs, plusieurs études ont démontré que la psychothérapie est efficace peu importe l'approche utilisée. Cependant, Bergin et Garfield (1994) ont constaté que les résultats ne sont pas tous positifs. Certains clients

abandonnent la thérapie, d'autres n'obtiennent pas les effets désirés ou n'arrivent pas à maintenir les changements consécutifs au processus thérapeutique.

En l'occurrence, l'enjeu principal en psychothérapie est la santé psychologique des individus. Actuellement, nombre de cliniciens ne se limitent plus à une diminution, ou même à une suppression, des symptômes liés à un trouble ou à une maladie mentale, d'après Keyes et Lopez (2002). Les cliniciens visent plutôt un changement thérapeutique orienté vers l'atteinte d'une bonne santé mentale chez leurs clients et ce, tant dans sa dimension positive (augmentation du bien-être psychologique) que négative (diminution de la détresse psychologique) selon Labelle, Bastin, Dubé, Alain, Bouffard et Lapierre (2000). D'ailleurs, IsHak, Burt et Sederer (2002) constatent qu'il y a plusieurs cliniciens qui souhaitent parvenir au résultat thérapeutique suivant : une réduction des symptômes, une amélioration du fonctionnement global et un rehaussement de la qualité de vie – tous des indicateurs, négatifs et positifs, de la santé mentale. Alors, pour favoriser la restauration ou le développement de la santé mentale des clients et pour éviter sa détérioration, il est primordial que le traitement utilisé par les cliniciens soit le plus efficace possible.

Pour parvenir à optimiser la réussite des psychothérapies, et par le fait même la santé mentale des clients, plusieurs chercheurs ont étudié les déterminants de l'efficacité thérapeutique et ont découvert que l'alliance thérapeutique est un élément essentiel d'une psychothérapie efficace (Asay & Lambert, 2001; Bachelor & Horvath, 1999;

Barber, Connolly, Crits-Christoph, Gladis, & Siqueland, 2000; Cecero, Fenton, Nich, Frankforter, & Carroll, 2001; Gaston, Thompson, Gallagher, Cournoyer, & Gagnon, 1998; Martin, Garske, & Davis, 2000; Ogrodniczuk, Piper, Joyce, & McCallum, 2000; Saunders, 2000). En fait, le concept de l'alliance thérapeutique représente une des tentatives les plus récentes et prometteuses dans la recherche sur le processus psychothérapeutique pour obtenir une meilleure compréhension de ce qui amène les résultats du traitement et ainsi, de ce qui contribue à l'atteinte d'une bonne santé mentale chez les clients.

Même si plusieurs études ont démontré que l'alliance thérapeutique est un déterminant important de l'efficacité des psychothérapies, peu, par contre, l'ont mise directement en relation avec des indicateurs de santé mentale. C'est d'autant plus vrai que la plupart des recherches portant sur ce sujet n'ont pris en considération que le côté négatif de la santé mentale, c'est-à-dire des indicateurs de détresse psychologique présents chez les clients. De plus, les résultats diffèrent selon les études. Des recherches supportent l'hypothèse d'un lien entre l'alliance thérapeutique et la santé mentale, alors que d'autres soutiennent le contraire. Ainsi, le peu d'études visant à vérifier la relation entre l'alliance thérapeutique et la santé mentale des clients et le manque de consensus dans les résultats justifient l'importance de la présente recherche.

L'objectif de la présente étude vise, d'une part, à vérifier s'il y a une relation entre l'alliance thérapeutique et le niveau de santé mentale, tant dans sa dimension

positive que négative, des clients engagés dans un processus psychothérapeutique. De plus, la présente étude tente également de vérifier la relation entre l'alliance thérapeutique et la satisfaction des clients envers la thérapie, cette dernière s'avérant être un bon indice de l'efficacité de la psychothérapie et, par le fait même, un bon indice d'une meilleure santé mentale chez les clients.

Le présent rapport de recherche comprend quatre chapitres. Le premier offre une recension des écrits pertinents à cette étude. Le deuxième chapitre décrit la méthodologie utilisée pour réaliser cette recherche. Le chapitre suivant présente les résultats des analyses effectuées, alors que le dernier discute ces résultats à la lumière des connaissances acquises antérieurement.

Contexte théorique

Ce premier chapitre présente une recension des écrits pertinents aux thèmes à l'étude. Il comprend quatre sections. La première section de ce chapitre porte essentiellement sur la définition de la santé mentale et de ses composantes. La deuxième section dresse un portrait complet de l'alliance thérapeutique et de son influence au cours d'une psychothérapie. La troisième section examine, pour sa part, les liens entre les composantes de la santé mentale et celles de l'alliance thérapeutique. Pour terminer, la dernière section de ce chapitre expose les objectifs, les hypothèses et les questions de recherche retenus pour cette étude.

Santé mentale

Traditionnellement, les cliniciens en psychologie se sont intéressés beaucoup plus aux problèmes psychologiques qu'à la présence d'une bonne santé mentale chez leurs clients (Myers & Diener, 1997). Aujourd'hui, le souci de la santé devient une préoccupation de plus en plus répandue dans la population selon IsHak et al. (2002), ce qui est également vrai en psychologie. Ces auteurs mentionnent que les chercheurs et les cliniciens portent une attention plus grande à la santé mentale des personnes qui ont recours à un service d'aide psychologique. Compton, Smith, Cornish et Qualls (1996), pour leur part, constatent que les écrits concernant l'étude de la santé mentale deviennent plus nombreux et présentent diverses théories qui cherchent à définir ce

champ d'intérêts. Il semble donc nécessaire d'adopter une définition complète de la santé mentale.

Définition de la santé mentale

Selon Labelle et al. (2000), la notion de santé mentale prend sa source dans deux écoles. La première école, et aussi la plus ancienne, est celle de la psychopathologie qui est centrée sur les aspects affectifs négatifs des clients. Les thérapeutes qui s'inspirent de cette école, s'intéressent principalement aux problèmes psychologiques. Pour eux, une bonne santé mentale se définit essentiellement comme l'absence de symptômes liés à une maladie mentale. Leur but premier, au cours d'un traitement, vise la réduction, voire même la suppression, des symptômes liés aux troubles mentaux. D'après Keyes et Lopez (2002), il y a actuellement plusieurs traitements qui ont pour objectif l'absence de symptômes liés à une maladie mentale. Leur recension des écrits a mis en évidence que cet objectif thérapeutique apporte des résultats qui ne perdurent pas dans le temps. Par exemple, les études de plusieurs chercheurs ont démontré que la rémission des clients dépressifs, dont le traitement visait la réduction du nombre et de la sévérité de leurs symptômes, est partielle : 60 % à 70 % de ces clients ont rechuté à l'intérieur des six premiers mois après leur rémission (Keller, Shapiro, Lavori, & Wolfe, 1982; Ramana, Paykel, Cooper, Hayhurst, Saxty, & Surtees, 1995). Keyes et al. (2002) suggèrent donc fortement que la réduction des symptômes soit seulement un premier pas dans le traitement thérapeutique.

La seconde école à l'origine de la notion de santé mentale, selon Labelle et al. (2000), est celle de la qualité de vie qui est plutôt liée aux dimensions cognitives positives de ce concept. D'ailleurs, ce n'est que récemment, plus précisément depuis le début des années 1980, que les psychiatres et les cliniciens en psychologie ont commencé à reconnaître la valeur de ce facteur en santé mentale. Selon Diener et Rahtz (2000), la qualité de vie couvre tous les aspects de la vie des individus comme la famille, le travail, la vie sociale, aussi bien que le développement personnel et la réalisation de soi. La majorité des travaux, en lien avec cette école de pensée, porte sur le bien-être psychologique (structure abordée ultérieurement), puisque la qualité de vie y est définie comme étant le sentiment général de bien-être d'une personne (Diener, Suh, Lucas, & Smith, 1999; Frisch, 2000; Gladis, Gosh, Dishuk, & Crits-Christoph, 1999). Contrairement à la première école, l'étude de la qualité de vie porte uniquement attention aux aspects positifs de la santé mentale.

Suite à ces observations, il semble être avantageux d'inclure ces deux dimensions dans les études sur la santé mentale. D'après Compton et al. (1996), il est plus bénéfique d'accepter la complexité de plusieurs facteurs et de travailler à l'intérieur de ces paramètres pour bien définir et comprendre la santé mentale. D'ailleurs, plusieurs auteurs semblent partager l'idée qu'une bonne santé mentale se caractérise non seulement par l'absence de troubles psychologiques, mais aussi par la présence d'indices de bien-être psychologique (Compton et al., 1996; Keyes, 2003; Keyes et al., 2002; Labelle et al., 2000; Saunders, 2000; Shmotkin, 1998). Les deux facteurs clés à retenir

dans une définition de la santé mentale sont : un minimum de détresse psychologique et un maximum de bien-être.

Détresse psychologique

Dans leur modèle compréhensif de la santé mentale, Labelle et al. (2000) considèrent que l'évaluation de la détresse psychologique présente chez les clients est une variable fondamentale. Headley, Kelley et Wearing (1993) ont voulu définir la détresse psychologique. Après une analyse factorielle confirmatoire, ils en sont arrivés à la conclusion qu'elle comprend deux variables : l'anxiété et la dépression. Selon Labelle et al. (2000), cette conception de la détresse psychologique est acceptée par de nombreux chercheurs (Diener, 1994; Feist, Bodner, Jacobs, Miles, & Tan, 1995; Lightsey, 1996).

Anxiété. On ne peut que reconnaître que l'anxiété est un problème répandu dans la société d'aujourd'hui. Spielberger (1988) la définit comme un état émotionnel marqué par la présence d'un sentiment de tension, d'appréhension, de nervosité, d'inquiétude et d'activation du système nerveux autonome. Même si, dans certaines circonstances, elle est potentiellement bonne, Zautra (2003) considère que l'anxiété peut aussi être dommageable pour la santé physique et psychologique. En effet, l'anxiété peut fournir aux gens des opportunités d'apprendre à mieux s'adapter et à devenir plus forts psychologiquement. Néanmoins, lorsqu'elle est présente en trop grande quantité et

durant une longue période, elle peut s'avérer être néfaste pour la santé psychologique des individus. En fait, les problématiques reliées à l'anxiété peuvent se manifester sous différentes formes dont les troubles d'anxiété généralisée et de panique, les phobies, les troubles obsessionnels-compulsifs, les états de stress post-traumatiques et les troubles anxioc-dépressifs (APA, 1994).

Dépression. La dépression est, elle aussi, considérée comme un indicateur de détresse psychologique qui touche toutes les sphères de la vie (personnelle, familiale, sociale, professionnelle). Les symptômes associés à la dépression sont une humeur dépressive, une perte d'intérêt ou de plaisir, une perte ou un gain de poids significatif en l'absence d'un régime, une augmentation ou un ralentissement psychomoteur, une grande fatigabilité, un sentiment de dévalorisation ou de culpabilité, des difficultés à se concentrer et à prendre des décisions et des idéations suicidaires (APA, 1994). Selon Zautra (2003), il a été démontré que plusieurs mesures, servant à évaluer ce construct, dont l'*Inventaire de dépression de Beck*, sont de bons indicateurs de détresse psychologique chez les clients.

Bien qu'il soit important de prendre en considération les aspects négatifs reliés à la santé mentale, Zautra (2003) mentionne qu'il ne faut pas uniquement se centrer sur la réduction des symptômes d'anxiété et de dépression pour parvenir à la rehausser. Un certain degré de bien-être psychologique chez les clients constitue également un élément important de la santé mentale.

Bien-être psychologique

De façon générale, les études qui ont tenté de définir la santé mentale reconnaissent que le bien-être psychologique des individus en constitue une large part. Une étude réalisée par Wissing et Van Eeden (2002) a permis de démontrer que le bien-être psychologique est multidimensionnel parce qu'il implique les affects, les cognitions, les comportements et aussi parce qu'il se manifeste dans tous les domaines de vie (intrapersonnel et interpersonnel, social et contextuel, amour, travail et loisir).

Selon Ryan et Deci (2000), la notion du bien-être se divise en deux concepts qui ont chacun une connotation distincte : le bien-être subjectif et le bien-être psychologique. Le bien-être *subjectif* renferme les perceptions et les évaluations que les individus portent sur leur propre vie en terme de leur état affectif, de leur fonctionnement psychologique et de leur fonctionnement social. Pour Diener, Lucas et Oishi (2002), le bien-être subjectif est un concept large qui inclut l'expérience d'émotions positives (bonheur, joie, contentement, exaltation), de bas niveaux d'humeurs négatives (tristesse, anxiété, dépression, colère) et une haute satisfaction de vivre.

Le bien-être *psychologique* fait généralement référence à la théorie de Ryff (1989). Selon Paradise et Kernis (2002), le type de bien-être défini par Ryff présente plusieurs facettes, notamment les six composantes suivantes : 1) l'acceptation de soi

(avoir des attitudes positives envers soi-même); 2) la présence de relations positives avec les autres (doit être capable d'amour, d'amitié et d'identification avec autrui); 3) l'autonomie (auto-détermination et indépendance); 4) la maîtrise de l'environnement (capacité de choisir ou créer des environnements qui conviennent à ses propres conditions psychiques); 5) le but dans la vie (croire qu'il y a un but et une signification à vivre); 6) la croissance personnelle (développement continu de son propre potentiel et réalisation de soi).

Labelle et al. (2000) remarquent, de la part des chercheurs, une tendance à définir le bien-être psychologique selon plusieurs composantes. Suite à une recension exhaustive des écrits, Labelle et al. (2000) ont élaboré une conception du bien-être, comprenant quatre composantes qui prennent en considération les deux notions principales du bien-être (*subjectif* et *psychologique*). Ces composantes sont : l'estime de soi, le sens à la vie, l'actualisation du potentiel et la satisfaction de vivre.

Selon Heatherton et Wyland (2003), l'estime de soi est primordiale au bien-être psychologique. Il a été démontré que les personnes qui ont une bonne estime de soi se sentent bien avec elles-mêmes et sont capables de faire face efficacement aux défis et aux « feedbacks » négatifs. Ces personnes croient aussi qu'elles ont de la valeur et qu'elles sont respectées par autrui. Elles sont également prêtes à participer à la vie en société et sont capables de concilier les demandes sociales et leurs désirs personnels. Le sens à la vie constitue aussi une partie intégrante du bien-être psychologique selon la

conception de Labelle et al. (2000). Entre autres, le sens à la vie met en évidence l'importance d'avoir un but dans la vie, de croire qu'il y a une signification à vivre. L'actualisation du potentiel est tout aussi essentielle au bien-être puisque, d'après Leclerc, Lefrançois, Dubé, Hébert et Gaulin (1998), chaque personne tente, au cours de sa vie, de développer de façon optimale plusieurs de ses capacités pour en arriver à mieux s'adapter et aussi pour parvenir à une réalisation de soi. La notion du bien-être psychologique ne serait pas complète sans une mesure de la satisfaction de vivre. Selon Keyes et Haidt (2003), la satisfaction de vivre est un sentiment de contentement ou de satisfaction dans les domaines de vie passée et présente. Plus précisément, Frisch (2000) la définit comme étant l'évaluation subjective qu'une personne porte sur le degré de satisfaction par rapport à ses besoins et ses désirs.

Cette conception du bien-être psychologique en quatre composantes s'avère être pertinente pour les cliniciens en psychologie d'après Labelle et al. (2001). Toutefois, le bien-être psychologique, à lui seul, s'avère insuffisant pour rendre compte complètement de la santé mentale des clients. L'exemple apporté par Robbins et Kliewer (2000) témoigne bien de cette constatation : les schizophrènes sont fréquemment heureux malgré une détresse intérieure considérable. Pour pouvoir faire un bon pronostic, il est donc important de prendre en considération tant les aspects positifs du bien-être psychologique que les aspects négatifs de la détresse psychologique.

Le modèle théorique de la santé mentale élaboré par Labelle et ses collègues (2000) comprend effectivement les indicateurs de bien-être ainsi que ceux de la détresse psychologique énoncés précédemment. C'est pour cette raison que ce modèle théorique a été retenu pour la réalisation de cette étude.

Modèle théorique de la santé mentale

Dans nombre d'études antérieures, l'exclusion relative des aspects positifs du bien-être psychologique est probablement liée à la prévalence du modèle médical qui était présent à cette époque, modèle qui tendait à opposer la santé et la maladie. Selon Labelle et al. (2000), ce modèle de la santé mentale consistait principalement en l'absence de désordre ou de maladie mentale. Présentement, ce modèle ne prévaut plus. Il est maintenant possible de dégager un concept de santé mentale suffisamment large pour y inclure, à la fois, des dimensions affectives/cognitives et positives/négatives, car, bien que les cliniciens puissent se disputer le meilleur traitement pour un désordre donné, IsHak et al. (2002) ont constaté que plusieurs cliniciens, par contre, s'entendent sur les résultats désirés tels une réduction des symptômes, une amélioration du fonctionnement et un rehaussement de la qualité de vie.

Ainsi, Labelle et al. (2000) caractérisent leur conception de la santé mentale de la manière suivante :

Le concept de la santé mentale, ainsi identifié, complète l'approche traditionnelle en psychopathologie, trop centré sur les affects négatifs, de même que certaines approches plus récentes qui, comme celle de Ryff (1989), se limitent aux aspects cognitifs positifs (...). Ce concept chapeaute les variables telles la détresse psychologique (anxiété, dépression) et le bien-être psychologique (estime de soi, sens à la vie, actualisation du potentiel, satisfaction de vivre). (p.83-84)

De plus, Labelle et al. (2000) notent aussi l'importance d'inclure des facteurs cognitifs plutôt stables (ex : satisfaction de vivre) et des mesures des affects qui fluctuent au gré des circonstances dans un modèle de santé mentale. La Figure 1 présente ce modèle de la santé mentale.

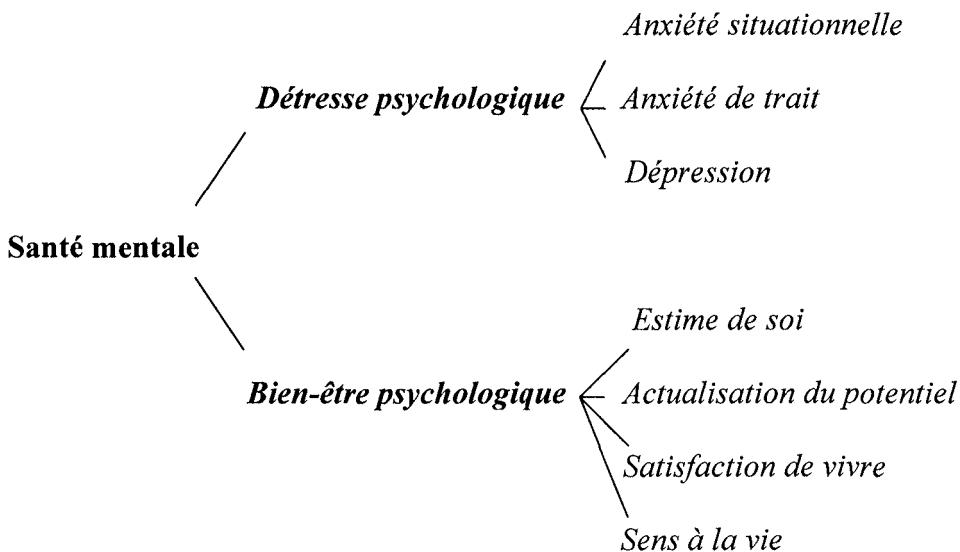


Figure 1. Modèle hiérarchique cognitivo-affectif en santé mentale

Alliance thérapeutique

Répertoriée comme étant le facteur essentiel le plus fréquemment associé à la réussite d'une psychothérapie, l'alliance thérapeutique est une notion assez difficile à cerner tant sur le plan conceptuel qu'empirique. Bien que son importance dans le succès de tous les types de psychothérapies soit généralement acceptée, la définition de l'alliance thérapeutique varie grandement d'un auteur à l'autre. Selon Martin et al. (2000), certains chercheurs la conceptualisent comme représentant un construit unidimensionnel alors que d'autres stipulent qu'elle comprend plutôt plusieurs dimensions indépendantes.

Recherches antérieures

L'intérêt porté à la relation existante entre le client et le thérapeute - considérée comme étant une clé du mécanisme thérapeutique - est d'origine psychanalytique d'après Kozart (2002). En effet, Freud (1912/1966) fut l'un des premiers à mettre explicitement en évidence l'importance et l'impact de la relation entre le client et le thérapeute sur la réussite de l'analyse. Il considère que la présence d'une bonne relation thérapeutique permet au client d'utiliser les interprétations fournies par le thérapeute et aide le thérapeute à élaborer des interventions plus adéquates. De plus, une bonne relation thérapeutique est, selon Freud, une relation de collaboration basée sur les sentiments d'affection que le client éprouve envers son thérapeute.

Zetzel a introduit, en 1956, le terme « alliance thérapeutique » et a été la première à soutenir formellement qu'elle est essentielle à l'efficacité de toute intervention thérapeutique. Selon Gaston et Marmor (1994), Zetzel définit l'alliance thérapeutique comme étant les sentiments d'affection et de gentillesse que le client éprouve envers son thérapeute, qui proviennent de l'attachement du client pour le thérapeute ainsi que de l'identification du client à ce dernier. Également, Horvath et Luborsky (1993) affirment que, selon Zetzel, le client oscille entre des périodes où la relation est dominée par le transfert et des périodes où elle est dominée par l'alliance thérapeutique dans une analyse réussie.

Un an plus tard, en 1957, Rogers, même s'il n'utilise pas le terme alliance thérapeutique à proprement dit, a été préoccupé par l'aspect relationnel du processus psychothérapeutique. En effet, il s'est intéressé davantage aux qualités relevant du thérapeute pour que celui-ci puisse établir une bonne relation thérapeutique avec son client. Il base sa théorie sur la capacité du thérapeute à offrir des qualités relationnelles spécifiques qui peuvent entraîner un processus de changement chez le client. D'ailleurs, il considère que ces qualités sont nécessaires et suffisantes pour une psychothérapie efficace, car il croit que les clients répondent automatiquement à une attitude positive de la part de leur thérapeute.

De façon plus précise, Rogers délimite sa conception d'une relation thérapeutique efficace à trois qualités spécifiques propres au thérapeute qui sont : la

compréhension empathique, le regard positif inconditionnel et l'authenticité. La première qualité, la *compréhension empathique*, est présente selon Rogers lorsque le thérapeute est capable de communiquer clairement sa compréhension de ce que vit le client au moment présent et ce, dans un langage accessible pour ce dernier. Pour ce qui est de la deuxième qualité, le thérapeute fait preuve de ce que Rogers appelle le *regard positif inconditionnel* lorsqu'il communique un regard non évaluateur, très humain et positif envers son client. De cette manière, le thérapeute dégage une chaleur « non possessive » et respecte le client en tant que personne. La troisième qualité du thérapeute est l'*authenticité*, ce qui correspond à l'étendue avec laquelle le thérapeute n'est pas sur la défensive, qu'il est réel et congruent dans ses interactions avec le client.

En 1965, Greenson a introduit le terme « alliance de travail » défini comme le sentiment d'affection du client à l'endroit de son thérapeute et la capacité du client à travailler dans la thérapie. D'ailleurs, Greenson substitue le terme « alliance de travail » au terme « alliance thérapeutique » et insiste sur le fait que les deux termes ont une connotation distincte. En effet, l'alliance thérapeutique réfère beaucoup plus aux aspects affectifs de la relation entre le client et son thérapeute (Gaston et Marmar, 1994), alors que l'alliance de travail insiste davantage sur la capacité du client à travailler dans un but précis au cours du traitement (Hausner, 2000). Selon Long (2001), le terme alliance de travail, amené par Greenson, suggère que la relation thérapeutique est basée sur la capacité et la motivation du client à travailler et que cette motivation est encouragée par le thérapeute ainsi que par l'interaction thérapeutique.

Quelques années plus tard, Bordin (1979) a proposé une définition éclectique de l'alliance thérapeutique conçue pour être généralisable aux formes variées de psychothérapies. Lusting, Strauser, Rice et Rucker (2002) affirment que, selon Bordin, l'alliance thérapeutique constitue la clé pour parvenir à un changement psychothérapeutique chez le client et qu'elle comprend trois dimensions : un consensus sur les tâches et les responsabilités entre le client et le thérapeute, un accord mutuel sur les buts de la thérapie et un lien personnel entre eux, qui se caractérise par une confiance et une acceptation mutuelle.

Horvath (2001) et Kozart (2002) soulignent que l'alliance thérapeutique, telle que conçue par Bordin, est fondamentalement une entreprise de collaboration. En effet, sans cette impression, pour le client, d'être en accord avec le thérapeute sur les buts et les tâches de la thérapie, la capacité d'avoir une bonne alliance thérapeutique entre eux est sérieusement compromise. De plus, Bordin (1979) tient à préciser que l'alliance thérapeutique n'est pas rattachée à des interventions spécifiques, mais qu'elle facilite l'utilisation des interventions dans un contexte thérapeutique.

Après une analyse exhaustive des théories de l'alliance thérapeutique, Gaston (1991) a dégagé des éléments clés pour conceptualiser son propre modèle théorique. Elle a tenté de réconcilier les définitions variées de l'alliance thérapeutique en proposant un construct multidimensionnel composé de quatre dimensions relativement indépendantes.

La première dimension de son concept d'alliance thérapeutique réfère à *l'engagement du client* dans la thérapie. Selon Gaston (1991), un client engagé dans le processus thérapeutique croit que ses efforts le mèneront à un changement et il est prêt à faire des sacrifices, tels consacrer du temps et de l'argent. Il voit aussi la thérapie comme une expérience importante, en laquelle il a confiance ainsi qu'en son thérapeute. De plus, il ressent de l'affection pour ce dernier. Il participe également à la thérapie malgré les moments difficiles tout en s'engageant à compléter le processus thérapeutique. En somme, l'engagement du client dans la thérapie reprend le concept de « l'alliance thérapeutique », décrit par Freud (1912/1966) et Zetzel (1956), comme étant un lien affectif et de confiance, entre le client et le thérapeute, qui permet le travail thérapeutique. D'ailleurs, plusieurs chercheurs plus actuels nomment cette dimension non pas *engagement du client*, mais plutôt *lien affectif du client envers son thérapeute* (Barber et al., 2000; Connolly, Crits-Christoph, De la Cruz, Barber, Siqueland, & Gladis, 2003; Saketopoulou, 1999).

La deuxième dimension de l'alliance thérapeutique de Gaston réfère à la *capacité de travail du client*, ce qui reprend le concept de « l'alliance de travail » élaboré par Greenson (1965). Spécifiquement, un client qui a une bonne capacité de travail est capable de révéler des informations intimes, marquantes et est capable d'observer ses propres réactions. Il examine sa propre contribution aux problèmes et explore en profondeur les thèmes marquants. Il expérimente la modulation de ses émotions, il

travaille activement à résoudre ses problèmes et tient compte des commentaires du thérapeute.

L'implication et la compréhension empathique du thérapeute représente la troisième dimension du modèle théorique de Gaston (1991), qui reprend la contribution de Rogers (1957). Cette dimension reflète la capacité du thérapeute de comprendre le point de vue et les souffrances du client. Selon Gaston, un thérapeute qui possède cette capacité démontre au client une acceptation sans jugement ainsi qu'un engagement à vouloir l'aider à surmonter ses difficultés. Il aborde aussi le cœur des difficultés du client, intervient avec tact et au bon moment et il n'utilise pas la thérapie pour ses propres besoins.

La présence d'un *consensus sur la stratégie de travail* est la dernière dimension de l'alliance thérapeutique proposée par Gaston. Ce volet de l'alliance thérapeutique, concernant l'accord entre le client et le thérapeute sur les tâches et les buts de la thérapie, est grandement inspiré des travaux de Bordin (1979). Plus précisément, lorsqu'il y a un consensus sur la stratégie de travail, il y a une concordance entre le client et le thérapeute sur les buts (objectifs) du traitement ainsi que la présence d'un effort commun pour y parvenir. Il y a également un accord entre les deux parties sur la manière dont la personne est aidée, la manière dont la personne va changer dans la thérapie et la manière dont la thérapie devra procéder.

Suite à l'élaboration de son modèle théorique, afin de pouvoir rendre compte de l'alliance thérapeutique, Gaston a construit son propre instrument de mesure, en collaboration avec Marmor : le California Psychotherapy Alliance Scales (CALPAS) (Gaston et al., 1994). En construisant cet instrument, leurs efforts étaient dirigés directement vers le développement d'une mesure de l'alliance thérapeutique qui ne favoriserait aucune approche psychothérapeutique particulière en plus d'être facile à administrer. Selon Ackerman et Hilsenroth (2003), Gaston et Marmor avaient l'intention d'élaborer un instrument capable de refléter les différentes composantes de l'alliance thérapeutique pour ainsi être en mesure d'apporter une solution à son ambiguïté conceptuelle. Ils ont élaboré trois versions de cette mesure permettant d'évaluer l'alliance thérapeutique selon la perception du client, celle du thérapeute et celle d'un observateur objectif. Avec cet instrument, il est donc possible, dans un contexte thérapeutique, d'évaluer de façon fiable l'alliance selon plusieurs points de vue.

Quelques années après l'élaboration de son instrument de mesure, Gaston et ses collaborateurs (1998) ont examiné la capacité prédictive de chaque sous-échelle du CALPAS sur la diminution des symptômes dépressifs et ce, dans diverses approches psychothérapeutiques. D'après leurs résultats, les dimensions de l'alliance ont un impact différent selon l'approche psychothérapeutique préconisée par le clinicien. En thérapie cognitive, seuls l'engagement du client et le consensus sur la stratégie de travail prédisent significativement le résultat thérapeutique. La dimension de l'implication et la compréhension du thérapeute est prédictive d'une diminution symptomatique seulement

en thérapie dynamique brève. La capacité de travail du client est prédictive du résultat de la thérapie lorsqu'il n'y a aucune distinction quant à l'approche préconisée par le clinicien, mais quand les analyses sont effectuées séparément, elle perd son pouvoir de prédiction. Finalement, le consensus sur la stratégie de travail est la seule dimension de l'alliance thérapeutique prédictive du résultat de la thérapie dans toutes les approches (cognitive, behaviorale, dynamique brève). Les dimensions de l'alliance tendent donc à démontrer des relations différentes avec le résultat de la thérapie selon les approches thérapeutiques.

En survolant rapidement les recherches antérieures, on peut remarquer que l'alliance thérapeutique a suscité l'intérêt de plusieurs chercheurs et cliniciens et ce depuis le début des années 1900. De cet intérêt, plusieurs conceptions de l'alliance thérapeutique ont été élaborées. La plupart d'entre elles, et aussi les plus anciennes, sont orientées principalement vers le client (Freud, 1912/1966; Zetzel, 1956; Greenson, 1965) et elles présentent l'alliance thérapeutique comme un construit unidimensionnel. Rogers, pour sa part, a été le premier à introduire spécifiquement la contribution du thérapeute à l'établissement d'une bonne alliance thérapeutique. Les conceptions de l'alliance thérapeutique plus récentes (Bordin, 1979; Gaston, 1991) ont, pour leur part, tendance à la définir comme étant un construit multidimensionnel se rapportant aussi bien au client qu'au thérapeute.

Conception actuelle de l'alliance thérapeutique

Il existe présentement plusieurs définitions de l'alliance thérapeutique, chacune reflétant des dimensions relativement différentes. Ces définitions de l'alliance thérapeutique vont continuer d'évoluer et de nouvelles définitions vont naître également. Néanmoins, Martin et al. (2000) constatent, lors de leur méta-analyse, qu'il y a des ressemblances entre les différentes définitions de l'alliance thérapeutique amenées par les théoriciens :

Bien qu'il y ait des différences parmi plusieurs conceptions de l'alliance, la plupart des définitions théoriques ont trois thèmes en commun : (a) une relation de collaboration, (b) un lien affectif entre le client et le thérapeute, et (c) la capacité du client et du thérapeute à s'accorder sur les buts ainsi que sur les tâches du traitement. [traduction libre] (p.48)¹

Parmi les différentes composantes de l'alliance thérapeutique, observées dans les écrits, la présence d'une bonne relation de collaboration entre le client et le thérapeute est celle qui est la plus souvent mentionnée par les chercheurs (Bordin, 1979; Gaston, Piper, Debbane, Bienvenue, & Garant, 1994; Greenson, 1965; Hatcher & Barends, 1996; Horvath & Symonds, 1991; Iwakabe, Rogan, & Stalikas, 2000). Selon Asay et al. (2001), une bonne relation de collaboration entre ces deux personnes semble constituer

¹ Although there are differences among the many alliance conceptualizations, most theoretical definitions of the alliance have three themes in common : (a) the collaborative nature of the relationship, (b) the affective bond between patient and therapist, (c) the patient's and therapist's ability to agree on treatment goals and tasks.

la fondation d'une alliance thérapeutique efficace. D'ailleurs, cette relation de collaboration est caractérisée par la présence d'un sentiment de partenariat dans lequel le client et le thérapeute s'engagent activement à prendre des responsabilités qui leur sont spécifiques et appropriées au cours de la thérapie (Horvath, 2001), en plus d'assumer une responsabilité conjointe pour l'ensemble du traitement (Goudreau & Côté, 2001). Ces derniers auteurs, dans une recension des écrits, soulignent également qu'à l'intérieur d'une bonne relation de collaboration, l'alliance thérapeutique aide à créer un contexte sécurisant qui favorise l'adhésion du client au traitement.

La présence d'un lien affectif entre le client et le thérapeute est aussi une composante de l'alliance thérapeutique fréquemment rencontrée dans les écrits (DeRoten, Gilliéron, Despland, & Stigler, 2002; Freud, 1912/1966; Gaston et al., 1994; Hatcher et al., 1996; Horvath, 2000; Safran & Muran, 1996; Zetzel, 1956). En effet, l'établissement d'une alliance thérapeutique positive serait difficile selon Jacobs (2000) sans une confiance mutuelle, une acceptation, de l'empathie et du respect entre le client et le thérapeute. D'après Overholser (2002), plusieurs professionnels s'entendent sur le fait que la présence d'un lien affectif fort entre le client et le thérapeute est essentielle au succès thérapeutique.

L'établissement d'un consensus, entre le client et le thérapeute, concernant les tâches et les buts de la thérapie, est une autre composante de l'alliance thérapeutique fréquemment retenue par les chercheurs (Bordin, 1979; Gaston et al., 1994; Goudreau et

al., 2001; Horvath, 2001; Kozart, 2002; Saketopoulou, 1999). Pour parvenir à un tel consensus, le client et le thérapeute définissent ensemble la problématique, s'entendent sur les objectifs poursuivis au cours de la démarche psychologique et développent conjointement un plan d'intervention, selon Goudreau et al. (2001). Ainsi, en sollicitant activement le point de vue des clients sur les tâches et les buts du traitement et en les négociant avec flexibilité, le thérapeute favorise la collaboration et l'engagement du client dans le processus thérapeutique. Le client peut alors explicitement accepter, rejeter ou modifier les suggestions et les directives du thérapeute pour les adapter à sa propre situation (Goudreau et al., 2001).

Si l'on considère l'ensemble des études portant sur l'alliance thérapeutique, on peut constater que les chercheurs ont utilisé diverses définitions de l'alliance. Certains ont choisi celle de Bordin, de Gaston, etc. (Barber et al., 2000; Connolly et al., 2003; Hersoug, Høglend, Monsen, & Havik, 2001; Iwakabe et al., 2000; Jordan, 2003). D'autres chercheurs ont tiré leur propre définition de l'alliance thérapeutique à partir de celles déjà existantes et c'est le cas entre autres de Ackerman et Hilsenroth (2003). D'autres encore ont fait uniquement une recension des définitions de l'alliance thérapeutique existantes (Bachelor et al., 1999; Horvath et al., 1993; Saketopoulou, 1999; Waddington, 2002). Ces derniers n'ont donc pas privilégié une définition de l'alliance thérapeutique particulière. Cependant, toutes les définitions de l'alliance thérapeutique contiennent, directement ou indirectement, une ou plusieurs des trois composantes principales amenées par Martin et al. (2000). Ainsi, pour éviter toute

confusion concernant sa définition, le terme *alliance thérapeutique* utilisé tout au long de cette recherche fera référence à la relation entre le client et le thérapeute comprenant : une relation de collaboration, la présence d'un lien affectif entre le client et le thérapeute et la capacité de ceux-ci à s'accorder sur les tâches et sur les buts du traitement.

Par ailleurs, lorsque l'on porte une attention particulière aux trois composantes principales de l'alliance (une relation de collaboration, la présence d'un lien affectif et la capacité à s'accorder sur les tâches ainsi que sur les buts du traitement), il devient évident qu'une bonne alliance thérapeutique dépend de la contribution du client ainsi que de celle du thérapeute. Ces derniers ont, au cours d'une psychothérapie, tous les deux une influence sur le développement et le maintien de l'alliance thérapeutique.

Contributions du client et du thérapeute à l'alliance thérapeutique

D'une manière générale, la psychothérapie individuelle est une interaction particulière entre deux personnes, le client et le thérapeute, et chacune d'entre elles contribue au déroulement ainsi qu'au résultat de la thérapie. Par ailleurs, la présence d'une bonne alliance thérapeutique dépend elle aussi de la contribution du client et de celle du thérapeute.

Contribution du thérapeute. Kaufman (2000) voit les attitudes et les habiletés relationnelles du thérapeute comme une pierre angulaire du développement et du

maintien d'une alliance thérapeutique positive entre le client et le thérapeute au cours d'une psychothérapie. Dans leur recension des écrits, Ackerman et al. (2003) ont rapporté que les attributs personnels du thérapeute tels l'empathie, la flexibilité, l'honnêteté, le respect, la chaleur, la confiance, l'intérêt et l'ouverture envers le client contribuent positivement à la qualité de l'alliance thérapeutique. Les auteurs signalent aussi que l'utilisation des techniques telles l'exploration, l'incitation à l'expression des émotions, le soutien et l'écoute attentive est hautement liée au développement d'une bonne alliance thérapeutique. D'un autre côté, Hersoug et al. (2001), après avoir étudié l'influence des caractéristiques du thérapeute sur la formation de l'alliance, ont constaté que les années d'expérience et la formation professionnelle du thérapeute ne semblent pas avoir une influence significative sur la perception de l'alliance thérapeutique des clients. Ainsi, les cliniciens plus âgés - tout comme les plus jeunes - peuvent établir une bonne alliance thérapeutique avec leurs clients.

Contribution du client. Bien que le thérapeute apporte une contribution importante à la formation de l'alliance thérapeutique, celle du client est également un élément important. En effet, selon une étude réalisée par Connolly et al. (2003), les clients qui ont des attentes positives face à la thérapie, qui s'engagent personnellement et qui participent au processus psychothérapeutique forment davantage une alliance thérapeutique de qualité avec leur thérapeute. Par le fait même, Gonzalez (2001) remarque, lors d'une recension des écrits, que les clients qui sont motivés, déterminés à

résoudre leurs difficultés et qui ont la capacité de se fixer des objectifs semblent développer des alliances thérapeutiques plus fortes.

En somme, le développement d'une bonne alliance thérapeutique inclut non seulement une disposition positive et empathique du thérapeute, il implique également des liens affectifs et une structure de collaboration, un partenariat dans lequel les clients eux-mêmes se voient comme des participants actifs et respectés.

Rôle de l'alliance thérapeutique

Selon Horvath, Gaston et Luborsky (1993), différents modèles théoriques ont été proposés pour expliquer le rôle de l'alliance thérapeutique à l'intérieur du travail psychothérapeutique. Suite à une recension des écrits, Gaston (1990) rapporte que le rôle principal de l'alliance thérapeutique est de permettre au client d'utiliser les interventions du thérapeute et d'aider le thérapeute à élaborer des interventions plus adéquates. De ce point de vue, l'alliance thérapeutique sert d'intermédiaire à l'efficacité des interprétations du thérapeute en fournissant un contexte dans lequel ses interventions peuvent promouvoir un changement. De plus, Iwakabe et al. (2000) mentionnent que l'alliance thérapeutique aide à générer les conditions essentielles à l'expression et à l'exploration des émotions et facilite l'accomplissement des tâches thérapeutiques pour que le client puisse parvenir à mettre en place de nouveaux comportements qui, éventuellement, pourraient lui permettre d'avoir une meilleure santé mentale.

En fait, pour Horvath et al. (1993), l'alliance thérapeutique ne remplace pas les interventions du thérapeute comme un ingrédient actif dans le processus de guérison, mais elle est ce qui rend possible, pour le client, d'accepter et de poursuivre le traitement.

Certes, peu importe les composantes choisies, l'alliance thérapeutique joue un rôle déterminant dans la réussite ou l'échec de la psychothérapie (Bachelor et al., 1999; Martin et al., 2000; Saunders, 2000), mais pour bien comprendre sa relation avec le résultat du traitement, et par le fait même, avec la santé mentale des clients, il importe de tenir compte de certains facteurs qui peuvent avoir un effet sur la relation entre l'alliance thérapeutique et le résultat de la thérapie.

Facteurs pouvant faire varier la relation entre l'alliance thérapeutique et le résultat de la thérapie

Nonobstant la présence d'hypothèses théoriques différentes sur la conception de l'alliance thérapeutique au cours d'une psychothérapie, il a été démontré que le développement et le maintien d'une alliance thérapeutique positive sont essentiels à une psychothérapie efficace (Bachelor et al., 1999; Barber et al., 2000; Gaston et al., 1998; Lambert & Barley, 2001; Martin et al., 2000; Saunders, 2000). Face à cette constatation, plusieurs chercheurs se sont alors intéressés aux facteurs pouvant faire varier la relation entre l'alliance thérapeutique et le résultat du traitement. Les variables concernant le

type d'approche utilisée, le moment où l'alliance thérapeutique est évaluée, le type de problèmes psychologiques traités, les résultats thérapeutiques évalués, la durée du traitement et la personne qui évalue la qualité de l'alliance thérapeutique sont tous des facteurs susceptibles d'amener des variations dans la relation entre l'alliance thérapeutique et le résultat de la thérapie (Horvath et al., 1993).

Type d'approche utilisée. Considérant le nombre d'approches psychothérapeutiques disponibles pour les cliniciens, certains chercheurs ont cru que la relation entre l'alliance thérapeutique et le résultat du traitement pouvait varier en fonction du type d'approche utilisée par le thérapeute. Après études, il s'avère qu'une forte alliance thérapeutique amène une contribution positive dans toutes les approches suivantes : thérapie cognitive, bémorale, psychodynamique, gestalt et même dans les thérapies de groupe, de couple ou familiale (Horvath et al., 1993; Lusting et al., 2002; Saketopoulou, 1999). De plus, selon Jordan (2003), il y a environ 68 % des thérapeutes qui s'identifient eux-mêmes comme étant d'orientation éclectique. Ainsi, la relation entre l'alliance thérapeutique le résultat du traitement demeure sensiblement la même peu importe l'approche utilisée par le thérapeute.

Moment de l'évaluation. D'autres chercheurs se sont intéressés au moment, dans la thérapie, où l'alliance thérapeutique est évaluée. En effet, il semble que les mesures de l'alliance thérapeutique, prises à l'intérieur des cinq premières séances, sont des prédicteurs légèrement plus puissants du résultat psychothérapeutique que celles prises

ultérieurement. D'ailleurs, lors d'une recension des écrits, Horvath (2000) constate que si une bonne alliance thérapeutique n'est pas développée à l'intérieur des cinq premières séances, la probabilité d'avoir un traitement efficace semble être significativement diminuée. Il a été démontré que les mesures de l'alliance thérapeutique, prises aussi tôt qu'après la deuxième séance, sont incapables de prédire le résultat du traitement (Barber et al., 2000; Gaston et al., 1998), alors que celles prises entre la troisième et la cinquième séances sont les meilleurs prédicteurs d'une amélioration future (Barber, Luborsky, Crits-Christoph, Thase, Weiss, Frank et al., 1999; Castonguay, Goldfield, Wiser, Raue, & Hayes, 1996; Hersoug, Monsen, Havik, & Høglend, 2002; Joyce & Piper, 1998; Sexton, 1996). Cependant, Horvath (2000) tient à préciser que toutes les mesures de l'alliance thérapeutique prises après la cinquième séance ont elles aussi une capacité prédictive sur l'efficacité thérapeutique. Ainsi, la seule restriction à considérer est de ne pas mesurer l'alliance thérapeutique avant la troisième séance, car avant cette période, elle ne semble pas être encore établie.

Type de problème psychologique. Le type de problème psychologique présent chez le client a également été étudié comme facteur susceptible de faire varier la relation entre l'alliance thérapeutique et le résultat psychothérapeutique. Fenton, Cecero, Nich, Frankforter et Carroll (2001) ont mis en évidence, dans leur recension des écrits, que peu importe la définition choisie, l'alliance thérapeutique a un impact positif auprès de différents problèmes psychologiques tels la dépression, les troubles anxieux, les troubles de la personnalité, les abus de substances et les désordres alimentaires.

Lors de leur méta-analyse, Howgego, Yellowless, Owen, Meldrum et Dark (2003) ont constaté que les thérapeutes peuvent aussi établir une bonne alliance thérapeutique avec des clients souffrant d'une maladie mentale grave et persistante comme par exemple la schizophrénie. Cependant, l'établissement d'une alliance thérapeutique positive avec ces derniers peut nécessiter plus de temps. En effet, au cours d'une psychothérapie, une bonne alliance thérapeutique doit être présente dès le premier mois du traitement pour obtenir un résultat positif, alors que pour les clients présentant un trouble plus sévère, une bonne alliance thérapeutique doit être présente à l'intérieur des six premiers mois selon cette même étude. Tout compte fait, le diagnostic des clients ne semble pas faire varier la relation entre l'alliance thérapeutique et le résultat de la thérapie.

Résultats thérapeutiques évalués. L'alliance thérapeutique a été utilisée pour prédire des résultats psychothérapeutiques différents (Gaston et al., 1998; Horvath et al., 1993; Janowsky, 1999; Saketopoulou, 1999). Dans une recension des écrits, Gaston et al. (1998) ont rapporté la présence d'une association entre l'alliance thérapeutique et le résultat de la thérapie qui se manifeste par une réduction des symptômes, une amélioration dans le fonctionnement interpersonnel et une plus grande satisfaction des clients. Janowsky (1999) va dans ce sens lorsqu'il mentionne qu'une alliance thérapeutique positive aide à une amélioration du fonctionnement général du client, à un rehaussement de la qualité de vie, à l'obtention d'une autonomie personnelle et à une amélioration de l'estime de soi. En général, il s'avère que l'alliance thérapeutique

semble être efficace pour prédire plusieurs résultats psychothérapeutiques différents. Toutefois, lorsque les résultats du traitement se rapportent uniquement à une diminution des symptômes, il semble que la capacité prédictive de l'alliance thérapeutique soit diminuée (Horvath et al., 1993; Saketopoulou, 1999).

Durée du traitement. La relation entre l'alliance et les résultats peut-elle aussi varier en fonction de la durée de la psychothérapie ? Horvath et al. (1991) ont examiné ce facteur lors de leur méta-analyse. En fait, ils ont regardé les corrélations significatives entre l'alliance thérapeutique et le résultat de la thérapie sur des traitements à court, moyen et à long terme, durant entre quatre et cinquante séances. Suite à leur étude, ils en sont arrivés à la conclusion que peu importe la durée du traitement, l'alliance thérapeutique est corrélée positivement au résultat.

Évaluateur de l'alliance thérapeutique. Le dernier facteur pouvant faire varier la relation alliance/résultat concerne la personne qui évalue la qualité de l'alliance thérapeutique. En effet, il semble que les clients, les thérapeutes et les observateurs diffèrent dans leur perception de la relation thérapeutique. Dans une étude réalisée auprès de 144 clients et de huit thérapeutes, Ogrodniczuk et al. (2000) ont constaté que les clients ont tendance à évaluer l'alliance thérapeutique plus fortement que les thérapeutes puisqu'ils sont davantage dans une situation nouvelle que les thérapeutes au cours d'un processus psychothérapeutique. De ce fait, ils ont généralement de plus fortes réactions émotionnelles et ils semblent être de meilleurs juges concernant les facteurs

potentiels de la relation thérapeutique. Alors que les thérapeutes et les observateurs semblent être plus réservés ou plus conservateurs dans leur perception de la force de la relation thérapeutique. Les chercheurs considèrent effectivement que la perception de l'alliance thérapeutique des clients est légèrement plus prédictive du résultat de la thérapie que celle des thérapeutes ou des observateurs (Bachelor, 1995; Hersoug et al., 2001; Horvath et al., 1991; Martin et al., 2000; Waddington, 2002).

En conclusion, une bonne alliance thérapeutique entre le client et le thérapeute a un effet bénéfique sur l'ensemble de la psychothérapie et ce, peu importe l'approche utilisée, les problèmes psychologiques traités, la durée du traitement, les résultats thérapeutiques évalués et la personne qui évalue l'alliance. Néanmoins, on peut retenir que l'alliance thérapeutique ne doit pas être évaluée avant la troisième séance de thérapie car, avant cette période, elle ne semble pas être encore bien établie. Il est aussi préférable d'évaluer séparément les clients souffrant de troubles psychologiques et ceux souffrant d'une maladie mentale grave et persistante, puisque l'alliance thérapeutique se forme plus tardivement avec ces derniers. De plus, les effets de l'alliance thérapeutique ne doivent pas être vérifiés uniquement sur la réduction des symptômes, car la capacité prédictive de l'alliance thérapeutique pour ce type de résultat s'avère être plus faible. Enfin, même si les observateurs, les thérapeutes et les clients sont tous aptes à évaluer efficacement l'alliance thérapeutique, il ressort que la perception des clients est légèrement plus prédictive du résultat de la thérapie que celle des thérapeutes ou des observateurs.

Bref, malgré le nombre de variables qui peuvent influencer le résultat du traitement, la présence d'une alliance thérapeutique positive semble être un bon déterminant de l'efficacité de toutes les psychothérapies et ainsi de la santé mentale des clients, car l'efficacité thérapeutique est sensiblement une mesure de la santé mentale des clients, mais mesurée en fin de processus. En fait, les études portant sur l'efficacité thérapeutique examinent la relation entre l'alliance thérapeutique, évaluée à un ou plusieurs moments prédéterminés, et certains indicateurs de santé mentale, qui eux sont évalués en fin de processus. C'est pourquoi, à la lumière des études portant sur l'efficacité thérapeutique, il est possible de déduire que l'alliance est en lien avec la santé mentale des clients.

Alliance thérapeutique et variables socio-démographiques

Comme il a été présenté précédemment, plusieurs recherches ont étudié l'influence de plusieurs facteurs sur la relation entre l'alliance thérapeutique et le résultat de la thérapie. Il s'agissait essentiellement de variables touchant des paramètres de la psychothérapie (type d'approche utilisée, problématique traitée, etc.). Seules deux études recensées ont porté sur les facteurs socio-démographiques associés à l'alliance thérapeutique. Il est à noter cependant que ces dernières ont évalué deux aspects de l'alliance thérapeutique. La première, présentée ci-dessous, se rapporte plus précisément au lien entre l'alliance thérapeutique et le résultat de la thérapie, alors que la deuxième porte uniquement sur la formation de l'alliance thérapeutique.

Lors de leur étude, Bourgeois, Sabourin et Wright (1990) ont évalué, entre autres, si la qualité de l'alliance thérapeutique est un signe précurseur du résultat de la thérapie autant chez les hommes que chez les femmes et ce, auprès de 63 couples mariés ou en union de fait. Les résultats obtenus ont démontré que la force de l'alliance thérapeutique est un déterminant plus puissant du succès psychothérapeutique chez les hommes que chez les femmes. Par le fait même, les auteurs mentionnent que ce résultat est quelque peu surprenant et difficile à interpréter. En effet, à leur connaissance, une telle différence n'a pas été répertoriée dans les rapports de recherches empiriques. Ils suggèrent donc que l'influence du genre des clients sur la relation entre l'alliance thérapeutique et le résultat de la thérapie soit étudiée dans les recherches ultérieures. Comme cette étude a été réalisée dans le cadre de psychothérapies de couple, les résultats obtenus ne peuvent donc pas être généralisés aux autres types de psychothérapie. La présente étude portant sur des psychothérapies individuelles, les résultats de Bourgeois et al. (1990) ne peuvent être transposés directement à ce type d'intervention.

Plus récemment, Connolly et al. (2003) ont voulu vérifier si la formation d'une alliance thérapeutique positive est reliée à certaines variables socio-démographiques dont le genre, le statut civil, l'origine ethnique et le niveau d'éducation des clients. Après analyses, il s'avère que seul le genre des clients est relié significativement à la qualité de l'alliance thérapeutique. En fait, les femmes semblent former davantage une alliance thérapeutique plus forte avec leur thérapeute que les hommes. Les auteurs ont

tenté d'expliquer ce résultat par une différence dans la socialisation des hommes et des femmes. Par exemple, les femmes, généralement, extériorisent plus leurs émotions que les hommes et semblent porter une attention particulière aux aspects interpersonnels de leurs relations. Ainsi, Connolly et al. (2003) pensent que la présence de ces éléments favoriserait la formation d'une alliance thérapeutique plus forte chez les femmes.

En somme, il y a très peu d'études qui ont porté sur la relation entre l'alliance thérapeutique et certaines variables socio-démographiques et celles qui l'ont fait ont obtenu des résultats difficilement comparables entre eux de sorte qu'il demeure pertinent de vérifier, dans la présente étude, si le lien entre l'alliance thérapeutique et la santé mentale démontre des différences selon le genre des clients. Étonnamment, aucune étude portant sur la qualité de l'alliance thérapeutique selon l'âge des clients n'a été répertoriée et ce, même si cette variable semble être un facteur important à considérer. Ainsi, il serait souhaitable de vérifier si les corrélations entre l'alliance thérapeutique et la santé mentale des clients varient en fonction de leur genre et de leur âge.

Alliance thérapeutique et satisfaction envers la thérapie

Comme il a été mentionné précédemment, la plupart des chercheurs ont mentionné que l'alliance thérapeutique est un facteur déterminant pour parvenir à un résultat psychothérapeutique positif. Par ailleurs, la satisfaction du client envers la thérapie semble être largement reconnue comme étant une composante importante du

résultat d'une psychothérapie selon IsHak et al. (2002). En fait, plusieurs chercheurs se sont intéressés à la relation entre la qualité de l'alliance thérapeutique et le niveau de satisfaction du client envers la thérapie (Eisen, Dickey, & Sederer, 2001; Howgego et al., 2003; Solomon, Draine, & Delaney, 1995; Waddington, 2002). Après analyses, tous ces chercheurs arrivent à la conclusion que l'alliance thérapeutique est effectivement reliée à la satisfaction du client envers la thérapie. En fait, plus la qualité de l'alliance thérapeutique est forte, plus les clients sont satisfaits de leur thérapie.

Dans le même ordre d'idées, Johansson et Eklund (2003), dans une recherche qualitative réalisée auprès de 16 clients hospitalisés et non hospitalisés, signalent que la qualité de l'alliance thérapeutique est l'élément central de la satisfaction des clients envers la thérapie. Spécifiquement, les clients satisfaits de leur thérapie caractérisent la relation avec leur thérapeute comme étant chaleureuse, empathique et compréhensive – toutes des composantes d'une bonne alliance thérapeutique. De plus, ces clients ont l'impression que leur thérapeute est une personne qui est capable de comprendre leurs sentiments, leurs problèmes, leur situation unique. Bref, ils ont la certitude que leur thérapeute peut les comprendre véritablement. Alors que pour les clients insatisfaits de leur thérapie, l'élément le plus saillant est le manque de compréhension. Ils ont l'impression que leur thérapeute est désengagé du processus, qu'il ne semble pas vouloir les écouter et les comprendre en tant qu'individu. En somme, ils considèrent qu'ils n'ont pas de réelle rencontre avec leur thérapeute.

À la suite d'une étude réalisée auprès de 98 étudiants en consultation dans une clinique universitaire de psychologie, Bieschke, Bowman, Hopkins, Levine et McFadden (1995) ont observé que l'évaluation de l'alliance thérapeutique, faite par le client lui-même, est un prédicteur significatif de sa propre satisfaction envers la thérapie. D'après ces auteurs, la satisfaction du client est reliée davantage à la qualité de l'alliance thérapeutique qu'à tout autre facteur pouvant influencer l'efficacité du traitement.

À la lumière des recherches antérieures, il semble que la qualité de l'alliance thérapeutique et la satisfaction du client envers la thérapie sont deux variables fortement reliées. Par le fait même, le niveau de satisfaction du client envers la thérapie peut être un bon indicateur de la qualité de l'alliance thérapeutique qu'il a développée avec son thérapeute. Il serait donc pertinent d'utiliser une mesure de satisfaction envers la thérapie comme complément à une mesure d'alliance thérapeutique pour vérifier si la même relation se retrouve dans la population québécoise. De plus, lorsqu'un client se dit satisfait de sa thérapie, il y a lieu de penser que le traitement a été efficace pour lui, ce qui est vraisemblablement associé à l'atteinte d'une meilleure santé mentale chez ce dernier.

Mesures de l'alliance thérapeutique

Pour dresser un portrait relativement complet de l'alliance thérapeutique, il reste à explorer les instruments développés pour l'évaluer au cours d'une psychothérapie. Il existe présentement au moins onze (11) instruments différents pour mesurer l'alliance

thérapeutique dans la psychothérapie. Pour leur part, Cecero et al. (2001) ont évalué les propriétés psychométriques des quatre instruments les plus fréquemment utilisés pour mesurer l'alliance thérapeutique : le California Psychotherapy Alliance Scales (CALPAS), le Working Alliance Inventory (WAI), le Penn Helping Alliance Rating Scales et le Vanderbilt Therapeutic Alliance Scales. Après analyses, il s'avère effectivement que tous ces instruments démontrent des qualités psychométriques acceptables et semblent mesurer le même construit. Parmi ces quatre instruments, Martin et al. (2000) constatent, lors de leur méta-analyse, qu'il n'y a pas une échelle de mesure nettement meilleure qu'une autre. Cependant, ils remarquent que le WAI et le CALPAS sont les deux instruments les plus utilisés dans les études comparativement aux autres mesures de l'alliance thérapeutique.

De façon plus précise, le Working Alliance Inventory (WAI) a été développé d'après le modèle théorique de Bordin (1979). Selon Howgego et al. (2003), c'est un instrument qui a un fondement théorique bien élaboré qui tente de cerner les facteurs communs aux différentes approches ou techniques utilisées dans le processus thérapeutique, ce qui fait en sorte qu'il est applicable à plusieurs formes de thérapies.

Le California Psychotherapy Alliance Scales (CALPAS) semble être un instrument de mesure de l'alliance thérapeutique riche en possibilités car il repose sur une perspective théorique plus large selon Cecero et al. (2001). Il propose un modèle regroupant les principales dimensions de l'alliance thérapeutique retrouvées dans les

écrits et offre ainsi un portrait plus complet de l'alliance thérapeutique. Cet instrument retient quatre dimensions de l'alliance thérapeutique qui sont relativement indépendantes, contrairement au WAI qui tend à avoir de trop fortes corrélations entre ses sous-échelles d'après Horvath et Greenberg (1989). Le CALPAS présente donc une vision plus large de l'alliance que le WAI. De plus, Gaston (1991) mentionne qu'il est applicable à tous les types de thérapies et qu'il offre une mesure stable indépendamment du nombre de séances thérapeutiques. Cet instrument présente donc des avantages certains pour nombre d'études sur l'alliance thérapeutique.

En résumé, parmi les instruments de mesure aptes à évaluer efficacement l'alliance thérapeutique, le WAI et le CALPAS sont les plus fréquemment utilisés. Néanmoins, le CALPAS semble être une mesure d'alliance thérapeutique plus appropriée pour la réalisation de la présente étude car, avec ses quatre composantes (engagement du client dans la thérapie, capacité de travail du client, implication et compréhension du thérapeute, consensus sur la stratégie de travail), il prend en considération la contribution du client, celle du thérapeute et comprend les trois thèmes communs que l'on retrouve majoritairement dans les écrits.

Par ailleurs, plusieurs chercheurs et cliniciens s'entendent pour dire que l'alliance thérapeutique est un élément essentiel du processus psychothérapeutique commun à toutes les formes de thérapies (Cecero et al., 2001; Martin et al., 2000). Pourtant, même si plusieurs études ont démontré que l'alliance thérapeutique est un déterminant

important de l'efficacité thérapeutique (une mesure de santé mentale prise en fin de processus), peu, par contre, l'ont mise directement en relation avec des indicateurs de santé mentale et ce, tout au long du processus psychothérapeutique. Ainsi, le lien entre l'alliance thérapeutique et la santé mentale des clients, évalué à différents moments dans le traitement, demeure encore peu étudié. La prochaine partie de ce chapitre cherche à faire le point sur l'état des connaissances relatives à ce lien qui constitue l'objet principal de recherche de la présente étude.

Alliance thérapeutique et santé mentale

À travers les écrits, il semble clairement démontré qu'une alliance thérapeutique positive entre le client et le thérapeute est un facteur déterminant au cours d'une psychothérapie. Rappelons toutefois, que la relation entre l'alliance thérapeutique et la santé mentale des clients a été peu étudiée. Pourtant, à la lumière de ce qui précède et de certaines recherches spécifiques, des indices permettent de formuler certaines hypothèses quant aux liens entre ces deux construits.

Spécifiquement, la relation entre l'alliance thérapeutique et la santé mentale est étudiée selon trois thèmes : l'efficacité thérapeutique, les relations interpersonnelles et les études portant sur certains indicateurs de santé mentale.

Efficacité thérapeutique et santé mentale

Parmi les indicateurs d'efficacité thérapeutique utilisés dans les études sur l'alliance thérapeutique, la majorité d'entre eux sont en fait des indicateurs de santé mentale. Les résultats de plus de cent recherches (notamment, Gaston et al., 1998; Horvath et al., 1993; Horvath et al., 1991; Howgego et al., 2003; IsHak et al., 2002; Janowsky, 1999; Martin et al., 2000; Saketopoulou, 1999) démontrent clairement que l'alliance thérapeutique est un prédicteur important de l'efficacité des psychothérapies. Les indicateurs d'efficacité thérapeutique utilisés ont été une diminution des symptômes (anxiété, dépression), une amélioration du fonctionnement interpersonnel, social et professionnel, une amélioration de l'estime de soi, une amélioration de la qualité de vie et une amélioration du bien-être subjectif des clients.

Tous ces indicateurs associés à l'efficacité thérapeutique sont sensiblement les mêmes que ceux du construit de santé mentale élaboré par Labelle et al. (2000). On peut donc comprendre que l'alliance thérapeutique devrait être en corrélation positive avec la santé mentale des clients tout au long du processus car, si la santé mentale des clients est très mauvaise, il peut être très difficile pour ces derniers d'établir et de maintenir une bonne alliance thérapeutique.

Relations interpersonnelles et santé mentale

Suite à une recension des écrits, certaines recherches ont démontré que la qualité des relations interpersonnelles est reliée à la santé mentale des gens, Luborsky (1994) va même jusqu'à affirmer que la qualité des relations interpersonnelles tend à être *hautement* associée à la santé mentale. Les principales conclusions de ces recherches se retrouvent dans les paragraphes suivants.

Au cours de leur étude, Moras et Strupp (1982) ont voulu vérifier si la qualité des relations interpersonnelles, précédant le début du traitement, est reliée à la santé psychologique des clients. Pour parvenir à le démontrer, ils ont, dans un premier temps, défini la notion des relations interpersonnelles. Plus spécifiquement, ces chercheurs ont pris en considération trois composantes des relations personnelles : les relations sociales actuelles (les connaissances, les amis, les relations avec les gens âgés), les relations familiales (parents, frères, sœurs), ainsi que la proéminence des attitudes hostiles ou amères envers les autres. De plus, selon les différentes composantes, l'évaluateur devait évaluer les éléments suivants : la capacité du client à former et à maintenir des relations intimes, la présence d'un sentiment de rejet social, la présence de peur ou de méfiance envers les autres, la présence d'un conflit avec les parents, la présence d'une rivalité frère/sœur et la présence d'isolation émotionnelle de la famille. En fait, l'ensemble de cette évaluation fournissait aux chercheurs un index global de la suffisance des relations interpersonnelles des clients. Dans un deuxième temps, Moras et Strupp ont fait des

analyses corrélationnelles entre les relations interpersonnelles et une mesure de santé psychologique, qui correspond à la somme des évaluations « pré-thérapeutiques » des cliniciens sur la sévérité des problèmes, l'intensité de la détresse subjective (somme des scores sur l'anxiété, la dépression et l'estime de soi) et la compétence des clients dans les rôles sociaux, professionnels et académiques. Les résultats ont clairement démontré que les relations interpersonnelles sont corrélées significativement à la santé psychologique des clients ($r = 0,61, p < 0,001$).

Reis et Gable (2003), pour leur part, ont constaté, lors de leur recension des écrits, que plusieurs théoriciens considèrent que les relations interpersonnelles satisfaisantes sont des déterminants de la santé mentale et du bien-être des gens. En fait, ils ont remarqué que les relations avec les autres exercent une grande influence sur le comportement humain et jouent un rôle dans plusieurs processus psychologiques. En d'autres mots, les relations interpersonnelles fournissent un contexte fonctionnel qui influence l'opération de plusieurs processus psychologiques de base. Par exemple, les relations interpersonnelles sont indispensables à la régulation des émotions, aux stratégies d'adaptation au stress, à la formation de l'identité et de la perception de soi, ainsi qu'à la réalisation des aspirations personnelles. Les relations interpersonnelles sont donc importantes pour une bonne santé mentale.

Par ailleurs, plusieurs dimensions de l'alliance thérapeutique réfèrent directement à la qualité des relations personnelles. D'une part, l'établissement d'une relation

interpersonnelle de qualité requiert entre autres une capacité à s'engager dans une relation stable et intime, une capacité de s'ouvrir à l'autre, la présence de liens émotionnels entre les personnes, de la confiance, du respect, ainsi que de la mutualité. D'autre part, une bonne alliance thérapeutique se caractérise principalement par la présence d'un engagement du client dans la thérapie, la présence de liens affectifs entre le client et le thérapeute, qui impliquent une confiance mutuelle, de l'empathie et du respect, ainsi que la présence d'une relation de collaboration qui nécessite une ouverture du client face au thérapeute.

En somme, les deux construits que sont l'alliance thérapeutique et les relations interpersonnelles de qualité recouvrent plusieurs éléments communs. Ainsi, comme la qualité des relations interpersonnelles semble être reliée à la santé mentale, on pourrait penser que l'alliance thérapeutique serait, elle aussi, reliée à la santé mentale des clients.

Alliance thérapeutique et santé mentale

Depuis les années 1980, certains chercheurs se sont intéressés à la relation entre l'alliance thérapeutique et la santé mentale des clients. Ils ont voulu vérifier, entre autres, l'influence de quelques indicateurs de santé mentale sur la formation d'une alliance thérapeutique (Saunders, 2001). Ces études affichent une grande divergence dans leurs conclusions. C'est pourquoi, dans cette section, les études sont présentées en fonction des résultats obtenus : d'abord celles qui démontrent qu'il y a un lien entre

l'alliance et la santé mentale, puis celle qui soutient qu'il n'y a aucune relation entre elles et enfin celle qui obtient des résultats mitigés.

Études démontrant un lien positif entre l'alliance thérapeutique et la santé mentale

Dans une étude réalisée auprès de 33 hommes souffrant d'anxiété, de dépression ou d'introversion sociale, Moras et Strupp (1982) ont démontré que les relations interpersonnelles sont reliées à la santé psychologique des clients, qui correspond à la somme des évaluations des cliniciens sur la sévérité des problèmes, l'intensité de la détresse subjective (somme des scores sur l'anxiété, la dépression et l'estime de soi) et la compétence des clients dans les rôles sociaux, professionnels et académiques. Suite à ce résultat, les auteurs ont voulu aller plus en profondeur et vérifier si les relations interpersonnelles et la santé psychologique des clients sont de bons prédicteurs de la qualité de l'alliance thérapeutique, évaluée selon l'implication du client dans la thérapie. Pour ce faire, ils ont effectué deux ANOVA qui ont permis de démontrer que les évaluations cliniques des relations interpersonnelles ($F(2,30) = 5,13, p < 0,05$) et de la santé psychologique ($F(2,30) = 5,47, p < 0,01$) déterminent toutes deux la qualité de l'alliance thérapeutique, conçue comme l'implication du client dans la thérapie. La conclusion de cette étude est que la santé psychologique est un facteur déterminant de l'alliance thérapeutique.

Luborsky (1994) obtient une corrélation significative entre la santé mentale et la capacité des clients à former une alliance thérapeutique. Plus spécifiquement, dans cette recherche le Health-Sickness Rating Scale (HSRS), une mesure conçue pour évaluer la santé mentale, est corrélé significativement avec le Helping Alliance Counting Signs, une mesure d'alliance thérapeutique ($r = 0,44, p < 0,05$). Ainsi, plus les clients sont en santé psychologiquement, plus ils semblent avoir une grande capacité à former une bonne alliance thérapeutique avec leur thérapeute.

Plus récemment, Howgego et al. (2003) ont observé, à la suite de leur méta-analyse regroupant 86 études, que la formation d'une alliance thérapeutique positive entre le client et le thérapeute est reliée au niveau de santé mentale des clients. En effet, ils ont constaté que la santé mentale est un des facteurs importants qui peut influencer la formation de l'alliance thérapeutique, ainsi que sa capacité prédictive du résultat en psychothérapie. Ils ont noté, entre autres, qu'une alliance thérapeutique positive est corrélée significativement avec une réduction de la sévérité des symptômes, une amélioration dans le fonctionnement global dans les habiletés à vivre en communauté en plus d'une amélioration de la qualité de vie, tous des indicateurs de santé mentale.

Horvath (2001) s'est également intéressé à la relation entre l'alliance thérapeutique et la santé mentale. Selon lui, une alliance thérapeutique positive fournit le contexte essentiel dans lequel des approches psychothérapeutiques différentes aident les clients à négocier le trajet entre la douleur émotionnelle et la santé mentale. L'alliance

est ainsi un élément qui facilite l'atteinte d'une bonne santé mentale. Bachelor et al. (1999) ont, pour leur part, constaté dans leur recension des écrits que les clients qui vivent une grande détresse psychologique sont plus vulnérables et tendent à avoir plus de difficultés à établir une bonne alliance thérapeutique avec leur thérapeute. Il leur est donc plus difficile d'obtenir un changement psychothérapeutique positif.

Étude soutenant qu'il n'y a aucun lien entre l'alliance thérapeutique et la santé mentale

Contrairement aux études précédentes, l'étude de Gaston, Marmar, Thompson et Gallagher (1988), réalisée auprès de 60 clients, âgés entre 60 et 80 ans, souffrant de dépression majeure, ne montre aucune association entre l'alliance thérapeutique et le niveau de détresse psychologique des clients, évalué au début du traitement. Par exemple, les clients qui présentent beaucoup de symptômes dépressifs, dès le début de la thérapie, n'ont pas plus de difficultés à s'impliquer et à s'engager dans une relation thérapeutique que ceux qui présentent moins de symptômes. Ces chercheurs vont même jusqu'à conclure qu'il n'y a pas de justification théorique assez pertinente pour croire à une association entre le niveau de détresse psychologique initiale des clients et l'alliance thérapeutique.

Cette conclusion semble toutefois difficilement généralisable. Tout d'abord, l'étude de Gaston et al. (1988) porte uniquement sur une population vieillissante souffrant de dépression majeure. De plus, il a été mentionné précédemment que la notion

de santé mentale comprend deux dimensions : un faible niveau de détresse psychologique et un haut niveau de bien-être psychologique. Or, dans cette étude, ce n'est que la détresse psychologique des clients qui a été évaluée, excluant toute la dimension positive de la santé mentale (bien-être psychologique). Les résultats de l'étude de Gaston et al. (1988) ne peuvent donc être généralisés, empêchant ainsi le rejet des conclusions des études précédemment citées mettant en évidence la présence d'un lien positif entre l'alliance thérapeutique et la santé mentale.

Étude obtenant des résultats mitigés

Suite à une recension des écrits, Saunders (2001) a constaté que la recherche sur la relation entre la détresse des clients et l'alliance thérapeutique n'est pas constante. Il a donc voulu vérifier si le niveau de la détresse émotionnelle des clients avait une influence sur la qualité du lien thérapeutique, la composante de l'alliance la plus étroitement liée à l'aspect interpersonnel de la thérapie. Pour ce faire, il a tout d'abord cherché à préciser le concept de détresse émotionnelle ainsi que le lien thérapeutique. Il a donc défini la détresse émotionnelle en quatre composantes : une faible estime de soi, la démoralisation (contraire du bien-être subjectif), une détresse symptomatique et un fonctionnement inadéquat dans les rôles importants de vie. Concernant le lien thérapeutique, celui-ci est défini en trois composantes : un investissement de rôle (énergie émotionnelle et motivation du client), une résonance empathique (impression que le client et le thérapeute comprennent les pensées, sentiments et actions de chacun),

et l'affirmation mutuelle (impression du client que la thérapie est conduite dans une atmosphère de respect, chaleur, lien mutuel et acceptation).

Pour poursuivre son étude, Saunders a étudié 141 personnes débutant une psychothérapie. Les résultats indiquent que les composantes de la détresse émotionnelle sont reliées différemment aux composantes du lien thérapeutique. Plus précisément, il n'y a qu'une faible estime de soi qui est corrélée négativement à l'ensemble du lien thérapeutique ($r = -0,28, p < 0,006$). Cependant, prises individuellement, il y a d'autres composantes de la détresse émotionnelle qui sont reliées aux composantes du lien thérapeutique. Par exemple, la démoralisation (contraire du bien-être subjectif) est corrélée significativement à la résonance empathique ($r = -0,22, p < 0,05$) et à l'affirmation mutuelle ($r = -0,25, p < 0,05$). De plus, le fonctionnement inadéquat dans les rôles de vie est corrélé négativement à la résonance empathique ($r = -0,25, p < 0,05$). En fait, il y a seulement la détresse symptomatique qui ne présente aucune corrélation significative avec le lien thérapeutique.

À partir de ces résultats, l'auteur en arrive à la conclusion que la qualité de l'alliance thérapeutique peut être influencée par la détresse émotionnelle des clients, mais qu'il est nécessaire de considérer plus d'une composante de l'alliance thérapeutique pour parvenir à le démontrer.

En somme, les études portant sur la relation entre l'alliance thérapeutique et la santé mentale des clients semblent indiquer qu'il y a effectivement une relation entre ces deux construits. Néanmoins, il semble y avoir des corrélations plus élevées entre l'alliance thérapeutique et des indicateurs de bien-être psychologique (estime de soi et qualité de vie) (Howgego et al., 2003; Saunders, 2001). En contrepartie, il ne semble pas y avoir de corrélation significative entre l'alliance thérapeutique et la symptomatologie des clients (Gaston et al., 1988; Saunders, 2001). Ainsi, la présente étude cherche à contribuer à l'entreprise de mieux comprendre la relation entre l'alliance thérapeutique et la santé mentale des clients.

Objectifs et hypothèses de la recherche

La présente recherche vise à vérifier, dans un premier temps, la relation entre l'alliance thérapeutique et le niveau de santé mentale, selon des indicateurs de détresse et de bien-être psychologique, auprès de clients engagés dans un processus psychothérapeutique. Dans un deuxième temps, cette recherche tente de vérifier le lien entre l'alliance thérapeutique et le niveau de satisfaction des clients envers la thérapie. Les bases théoriques et empiriques présentées précédemment dans le chapitre laissent croire à une relation positive significative entre ces variables. La recension des écrits permet ainsi de formuler trois (3) hypothèses et quatre (4) questions de recherche traitant des relations entre l'alliance thérapeutique, les indicateurs de santé mentale et la satisfaction du client envers la thérapie.

Hypothèses de recherche :

H1 : L'alliance thérapeutique est associée négativement à des indicateurs de détresse psychologique chez des clients engagés dans un processus psychothérapeutique.

H2 : L'alliance thérapeutique est associée positivement à des indicateurs de bien-être psychologique chez des clients engagés dans un processus psychothérapeutique.

H3 : L'alliance thérapeutique est reliée positivement à la satisfaction des clients envers la thérapie.

Questions de recherche :

Q1 : Est-ce que le lien entre l'alliance thérapeutique et le niveau de santé mentale des clients, et celui entre l'alliance thérapeutique et leur satisfaction envers la thérapie varie en fonction du nombre de séances psychothérapeutiques suivies ?

Q2 : Est-ce que le lien entre l'alliance thérapeutique et le niveau de santé mentale des clients, et celui entre l'alliance thérapeutique et leur satisfaction envers la thérapie varie en fonction de l'âge des clients ?

Q3 : Est-ce que le lien entre l'alliance thérapeutique et le niveau de santé mentale chez les clients, et celui entre l'alliance thérapeutique et leur satisfaction envers la thérapie varie en fonction du genre (masculin/féminin) des clients ?

Q4 : Est-ce que les sous-échelles du CALPAS présentent des liens différents avec les indicateurs de santé mentale et avec la satisfaction des clients envers la thérapie ?

Méthode

Ce second chapitre décrit la méthode utilisée pour réaliser la présente recherche. Il décrit les participants à l'étude, les instruments de mesure utilisés ainsi que le déroulement de l'expérimentation.

Participants

La constitution de l'échantillon des clients a nécessité la collaboration de 45 thérapeutes d'approches psychothérapeutiques différentes. Ce sont des thérapeutes qui proviennent de différents milieux de la région du Saguenay-Lac-St-Jean : la Clinique universitaire de psychologie (CUP) et les Services aux étudiants de l'UQAC, le Cégep de Jonquière, le Cégep de St-Félicien, le Groupe T'Aide, le Centre hospitalier de la Sagamie, le CLSC du Grand Chicoutimi et certaines cliniques privées (14 cliniques).

En ce qui a trait aux clients, l'échantillon comprend 90 individus, dont 28 hommes et 62 femmes, âgés entre 18 et 64 ans, participants à une démarche d'aide psychologique. De cet échantillon, 57,8 % sont mariés ou conjoints de fait, 26,7 % sont célibataires, alors que 15,6 % sont séparés ou divorcés. Ces individus gagnent pour la plupart moins de 35 000\$ (66,7 %) et 65,6 % détiennent un diplôme d'études collégiales ou moins. Les participants sont des individus engagés dans un processus d'aide psychologique ayant un minimum de trois séances de psychothérapie de complétées. Ils viennent consulter principalement pour des problèmes reliés à la dépression (16,7 %), à

l'anxiété (12,2 %), à des difficultés liées au contexte de vie (12,2 %) ou à des difficultés relationnelles (12,2 %), et ils ont complété en moyenne 29 séances. De plus, 58,9 % de ces personnes ont vécu un ou plusieurs événements stressants au cours de leur psychothérapie. De façon majoritaire, ce sont des personnes qui ont vécu un divorce/séparation (28,3 %) ou un deuil (28,3 %) au cours de cette période. Finalement, plusieurs clients sont sous médication (41,1 %) et consomment majoritairement des antidépresseurs (89,1 %). Il est à noter cependant que tous les clients sous médication lourde (ex : antipsychotiques) ont été exclus de la recherche. Le Tableau 1 qui suit présente plus en détail les caractéristiques des participants.

Instruments de mesure

Les données nécessaires pour vérifier les hypothèses et répondre aux questions de recherche ont été recueillies au moyen d'un questionnaire auto-administré. Plus spécifiquement, cet outil regroupe : un (1) questionnaire des caractéristiques socio-démographiques et du processus psychothérapeutique des participants, un (1) instrument de mesure de l'alliance thérapeutique, sept (7) tests psychométriques servant à évaluer la santé mentale et un (1) instrument estimant la satisfaction des clients envers la thérapie.

Une copie de ce questionnaire se retrouve à l'Appendice C.

Tableau 1
Caractéristiques des participants

Variables	%	n
Sexe		
Féminin	68,9	62
Masculin	31,1	28
État Matrimonial		
Marié/conjoint de fait	57,8	52
Célibataire	26,7	24
Séparé/divorcé	15,6	14
Revenu		
Moins de 15 000\$	27,8	25
Entre 15 000\$ et 24 999\$	18,9	17
Entre 25 000\$ et 34 999\$	20,0	18
Entre 35 000\$ et 44 999\$	8,9	8
Entre 45 000\$ et 54 999\$	10,0	9
55 000\$ et plus	11,1	10
Aucun revenu	3,3	3
Scolarité		
Secondaire non complété	5,6	5
Secondaire complété	18,9	17
Études collégiales non complétées	8,9	8
Études collégiales complétées	32,2	29
Certificat universitaire complété	1,1	1
Baccalauréat non-complété	11,1	10
Baccalauréat complété	13,3	12
Maîtrise complétée	7,8	7
Doctorat complété	1,1	1

Tableau 1
Caractéristiques des participants (suite)

Variables	%	<i>n</i>
Nombre de séances		
Moins de 5 séances	18,3	13
5 à 9 séances	19,7	14
10 à 19 séances	16,9	12
20 séances et plus	45,1	32
Motif de consultation		
Anxiété/angoisse	12,2	11
Connaissance de soi/croissance personnelle	7,8	7
Dépression	16,7	15
Difficultés liées à un événement stressant	3,3	3
Difficultés communication interpersonnelle	1,1	1
Difficultés relationnelles	12,2	11
Difficultés liées au contexte de vie	12,2	11
Épuisement professionnel	1,1	1
Estime de soi/confiance en soi	8,9	8
Phobies	1,1	1
Troubles de l'alimentation	1,1	1
Victime de sévices sexuels	2,2	2
Violence	1,1	1
Problèmes familiaux	10,0	9
Autres	8,9	8
Événement stressant depuis début des séances		
Oui	58,9	53
Non	41,1	37

Tableau 1
Caractéristiques des participants (suite)

Variables	%	n
Type d'événements		
Divorce	28,3	15
Deuil	28,3	15
Perte d'emploi	13,2	7
Conflits familiaux	1,9	1
Maladie	13,2	7
Autres	15,1	8
Prise de médication		
Oui	41,1	37
Non	58,9	53
Type de médicaments		
Antidépresseurs	36,7	33
Anxiolytiques	3,3	3
Autres	2,2	2
Ne s'applique pas	58,9	53

Questionnaire sur les caractéristiques des participants

Les caractéristiques des participants ont été recueillies à l'aide d'un questionnaire permettant d'identifier les caractéristiques individuelles des clients (âge, sexe, niveau de scolarité, revenu, etc.) et de préciser les paramètres de leur psychothérapie (nombre de séances suivies, motif de consultation, prise de médicament, présence d'événements stressants, etc.).

Alliance thérapeutique

La plus récente version francophone du California Psychotherapy Alliance Scales, version client (CALPAS-C), en 24 énoncés traduite et validée par Gaston et Marmar (1994), a été utilisée afin de mesurer l'alliance thérapeutique car elle offre une mesure globale de l'alliance thérapeutique. Cet instrument comprend quatre sous-échelles : implication du client, capacité de travail du client, compréhension empathique et implication du thérapeute, consensus sur la stratégie de travail. Pour répondre aux énoncés, le participant utilise une échelle de type Likert en sept points (1 = *Pas du tout* à 7 = *Beaucoup*). Voici un exemple d'énoncé retrouvé dans ce test : « Avez-vous tenté de mettre fin à la thérapie lorsque vous étiez fâché(e) ou déçu(e) » ?

Gaston (1991) rapporte que la version anglaise de cette échelle démontre une bonne cohérence interne ($\alpha = 0,84$) ainsi qu'une bonne validité de construit (corrélation de 0,83 avec le *Working Alliance Inventory* et de 0,79 avec le *Penn Helping Alliance Scale*). Par ailleurs, l'échelle globale du CALPAS-C a une bonne cohérence interne au sein du présent échantillon ($\alpha = 0,84$) et les coefficients de chaque sous-échelle sont : engagement du client dans la thérapie ($\alpha = 0,66$), capacité de travail du client ($\alpha = 0,34$), implication et compréhension du thérapeute ($\alpha = 0,64$) et consensus sur la stratégie de travail ($\alpha = 0,70$).

Santé mentale

À l'instar du modèle proposé par Labelle et al. (2000), deux ensembles de tests ont été retenus pour évaluer la santé mentale, l'un pour la détresse psychologique et l'autre pour le bien-être psychologique.

Détresse psychologique

Pour mesurer la détresse psychologique (anxiété, dépression, symptômes psychologiques), trois tests psychométriques sont utilisés.

Anxiété. Plusieurs instruments sont disponibles pour évaluer le niveau d'anxiété présent chez les gens, dont un des plus connus : le *State-Trait Anxiety Inventory* (S.T.A.I.) de Spielberger. D'autres instruments permettent aussi d'évaluer le niveau d'anxiété. Lemyre, Tessier et Fillion (1988) ont élaboré la *Mesure du Stress Psychologique* (MSP), un instrument apte à fournir des indices de détresse psychologique. Selon ses concepteurs, la MSP évalue « l'état d'être stressé » des individus, qu'ils définissent comme un indicateur de tension interne dans une population non clinique. Cette particularité en fait une mesure plus sensible à des variations d'états momentanés susceptibles d'entraîner une atteinte au bien-être des gens. Cet instrument peut être utilisé efficacement tant auprès d'une population clinique que non clinique. La Mesure du stress psychologique (MPS-25), version courte en 25 énoncés du MSP-49 de

Lemyre et al. (1988), a donc été utilisée lors de cette étude. Le participant répond en choisissant l'énoncé qui correspond aux états qu'il a éprouvés au cours des 4 ou 5 derniers jours et ce, en utilisant une échelle de type Likert en huit points (1 = *Pas du tout* à 8 = *Énormément*). Par exemple, le premier énoncé se lit comme suit : « Je suis tendu(e) ou crispé(e) ». Au sein de l'échantillon, cette mesure affiche une bonne cohérence interne ($\alpha = 0,96$). En version longue (49 énoncés), cette échelle démontre une bonne cohérence interne ($\alpha = 0,93$) et une bonne validité de convergence avec des mesures de dépression et d'anxiété, mesures traditionnellement utilisées pour mesurer le même concept (corrélation de 0,75 avec l'*Inventaire de dépression de Beck* et de 0,73 à 0,78 avec le *S.T.A.I.* de Speilberger). De plus, comme la MSP-49 et la version brève (MSP-25-A) corrèlent très fortement ($r = 0,98$), il est permis de penser que les qualités psychométriques de la MSP-25-A sont comparables à celles de la version longue.

Dépression. La version française du Beck Depression Inventory, l'*Inventaire de dépression de Beck*, traduite par Gauthier, Morin, Thériault et Lawson (1982) a été choisie pour mesurer les symptômes dépressifs. Ce test comprend 21 items constitués d'énoncés de différentes intensités qui donnent de l'information sur l'affect négatif envers soi, les difficultés physiologiques et les troubles de l'humeur. Le répondant doit cocher la description qui le décrit le mieux au moment présent. La version française de ce test possède une bonne cohérence interne ($\alpha = 0,82$), tout comme à l'intérieur de cet échantillon ($\alpha = 0,91$).

Symptômes psychologiques. L'Inventaire de symptômes en 10 énoncés (SCL-10) de Nguyen, Attkisson et Stegner (1983) a été sélectionné pour mesurer les symptômes psychologiques. Pour répondre, le participant indique, sur une échelle de type Likert en cinq points (0 = *Pas du tout* à 4 = *Beaucoup*), à quel point chacun des problèmes énoncés l'a troublé au cours des sept derniers jours. Voici, à titre d'exemple, un item de ce test : « Sentiment de faiblesse dans certaines parties du corps ». Selon les auteurs, cet instrument possède une bonne cohérence interne ($\alpha = 0,88$). Auprès du présent échantillon, cet instrument a également affiché une bonne cohérence interne le coefficient alpha étant de 0,87. Le SCL-10 a été utilisé parce qu'il représente une mesure fiable et valide de la détresse psychologique du client offrant l'avantage d'être beaucoup plus court que la version longue en 90 énoncés.

Bien-être psychologique

Pour estimer le bien-être psychologique des clients, quatre instruments ont été utilisés pour mesurer les variables suivantes : l'actualisation du potentiel, la satisfaction de vie, le sens à la vie et l'estime de soi.

Actualisation du potentiel. La Mesure d'actualisation du potentiel (MAP) en 27 énoncés de Leclerc, Lefrançois, Dubé, Hébert et Gaulin (1998) a été sélectionnée ($\alpha = 0,88$). Dans cet instrument, chaque énoncé décrit un trait typique des personnes qui s'actualisent. Par exemple, le premier item se lit comme suit : « Je suis une personne qui

s'estime _____ (*Très peu, Peu, Assez, Beaucoup ou Énormément*) ». C'est un instrument qui est coté sur une échelle en cinq points et il possède une bonne cohérence interne ($\alpha = 0,90$) à l'intérieur de l'échantillon.

Satisfaction de vie. L'Échelle de satisfaction de vie (Diener, Emmons, Larsen, & Griffin, 1985), en cinq énoncés, traduite et validée en français par Blais, Vallerand, Pelletier et Brière (1989) a été utilisée. Le participant choisit son degré d'accord ou de désaccord avec chacun des énoncés sur une échelle de type Likert allant de 1 (*Fortement en désaccord*) à 7 (*Fortement en accord*). Dans ce test, le client est incité à porter une évaluation globale de sa vie. Voici un exemple d'item que l'on peut y retrouver : « En général, ma vie correspond de près à mes idéaux ». Selon les auteurs, cet instrument possède une bonne cohérence interne ($\alpha = 0,85$) et une structure factorielle à un seul facteur qui explique 60 % de la variance. Dans cet échantillon, le coefficient de cohérence interne est de 0,88.

Sens à la vie. L'Échelle du sens à la vie de Ryff (1989) a été retenue. Cet instrument est composé de 14 énoncés où le degré d'accord ou de désaccord du participant est évalué à l'aide d'une échelle de type Likert à six points variant de « *Tout à fait en accord* » à « *Tout à fait en désaccord* ». Voici un exemple retrouvé dans cette échelle : « Je vis un jour à la fois sans vraiment penser au futur ». Le coefficient de cohérence interne pour cette échelle, au sein de l'échantillon, est de 0,85, alors qu'en version originale il est de 0,76.

Estime de soi. Pour évaluer l'estime de soi des clients, l'Échelle d'estime de soi de Rosenberg, traduite et validée par Vallières et Vallerand (1990), a été utilisée. Cette échelle comprend dix énoncés qui sont évalués selon une échelle de type Likert en cinq points allant de 1 (*Ne correspond pas du tout*) à 5 (*Correspond exactement*). Voici un exemple d'énoncé retrouvé dans ce test : « Je considère que j'ai au moins autant de valeur que les autres personnes ». Cet instrument a un coefficient de cohérence interne de 0,90 pour cet échantillon, alors que celui rapporté par Vallières et Vallerand est de 0,76.

Satisfaction envers la thérapie

Pour évaluer le niveau de satisfaction des clients envers la thérapie, l'Échelle de Satisfaction (Larsen, Attkisson, Hargreaves, & Nguyen, 1979), une mesure de huit (8) énoncés dérivés d'un questionnaire traduit et adapté par Pelletier, Tuson et Haddad (1997), a été utilisée. Pour répondre, le participant utilise une échelle de type Likert en quatre points. Voici un exemple d'énoncé retrouvé dans le test : « Recevez-vous le genre de service que vous souhaitez ? ». Le coefficient de cohérence interne calculé au sein de l'échantillon est de 0,90, alors qu'il était de 0,72 dans l'étude de Pelletier et al. (1997).

Déroulement

La collecte de données a été effectuée du 6 janvier 2002 au 1^{er} février 2004. Dans un premier temps, la collaboration des thérapeutes a été sollicitée par un contact téléphonique et ensuite, les thérapeutes intéressés au projet ont été rencontrés individuellement ou en groupe dans certains cas (CLSC, hôpital). Cette rencontre a permis aux expérimentateurs de présenter le but de la recherche, le contenu du questionnaire et aussi d'informer les thérapeutes des démarches à suivre. Dans un deuxième temps, les clients ont été recrutés par le biais de leur thérapeute respectif. Chaque thérapeute participant informait leurs clients de la présente recherche. Les clients acceptant d'y collaborer recevaient par la suite une enveloppe, par l'intermédiaire de leur thérapeute, contenant : une lettre expliquant brièvement le but de la recherche (voir Appendice A), deux formulaires de consentement, dont un qui devait être dûment signé par le thérapeute et l'autre par le client et ce, avant que ce dernier remplisse le questionnaire (voir Appendice B), et le questionnaire (voir Appendice C).

De plus, pour bien préserver la confidentialité des clients, deux mesures ont été prises. Premièrement, les thérapeutes étaient avisés qu'aucune information quant à la participation et aux réponses fournies par leurs clients dans le questionnaire ne leur serait transmise. Deuxièmement, les expérimentateurs n'ont eu aucun contact direct avec les clients. Le retour des questionnaires, sous scellés, pouvait se faire selon deux possibilités : par la poste (enveloppes pré-affranchies) ou par le dépôt des questionnaires

dans une boîte, fermée à clé, installée par les expérimentateurs dans les milieux sélectionnés (la clinique universitaire de psychologie et le service aux étudiants de l'UQAC). Les appels téléphoniques de même que la cueillette des données ont été réalisés par quatre bachelières en psychologie.

Plan de l'expérience

Étant donné la grande difficulté à recruter des clients ayant recours à des services psychothérapeutiques et les contraintes de temps associées à la réalisation d'un mémoire, le choix de réaliser une étude transversale, plutôt qu'une étude longitudinale, s'est avéré plus approprié. Plus spécifiquement, la présente étude, de type transversal, utilise un plan de recherche corrélationnelle (Contandriopoulos, Champagne, Potvin, Denis, & Boyle, 1990) et les variables retenues sont, d'une part, l'alliance thérapeutique et, d'autre part, la santé mentale ainsi que la satisfaction des clients envers la thérapie.

Résultats

Ce chapitre présente les résultats des analyses en fonction des hypothèses et questions de recherche formulées. Il comprend trois sections. La première section de ce chapitre porte sur les liens entre l'alliance thérapeutique, le niveau de santé mentale et la satisfaction des clients envers la thérapie. La deuxième section examine les variations amenées par certains facteurs sur les liens entre l'alliance et les variables à l'étude. En dernier lieu, la troisième section se penche sur la capacité prédictive des quatre composantes de l'alliance thérapeutique sur les indicateurs de santé mentale et sur la satisfaction des clients envers la thérapie.

Alliance thérapeutique, santé mentale et satisfaction envers la thérapie

Pour tenter de répondre aux hypothèses 1, 2 et 3, des corrélations de Pearson ont été calculées entre les mesures des variables retenues. Les résultats présentés au Tableau 2 démontrent la présence d'un lien négatif faible entre l'alliance thérapeutique et un seul indicateur de détresse psychologique, qui est la dépression ($r = -0,23, p < 0,05$). Ainsi, plus les clients ont une bonne alliance thérapeutique avec leur thérapeute, moins ils rapportent des symptômes dépressifs. Quant aux indicateurs de stress et de symptômes psychologiques, ils ne sont pas associés de manière significative avec l'alliance thérapeutique. La première hypothèse se trouve donc partiellement confirmée.

Tableau 2

Corrélations entre l'alliance thérapeutique et les indices de santé mentale ainsi que la satisfaction envers la thérapie

Variables	Alliance thérapeutique
Stress (MSP)	-0,127
Dépression (IDB)	-0,228*
Symptômes psychologiques (SCL-10)	-0,146
Actualisation du potentiel (MAP)	0,311**
Satisfaction de vie (ESAV)	0,150
Sens à la vie (ESEV)	0,367***
Estime de soi (EES)	0,285**
Satisfaction envers la thérapie	0,731***

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

Pour ce qui est de la dimension positive du concept de la santé mentale, les résultats révèlent que l'alliance est reliée positivement à plusieurs indicateurs de bien-être psychologique. En effet, l'alliance thérapeutique est corrélée positivement à l'actualisation du potentiel ($r = 0,31, p < 0,01$), au sens à la vie ($r = 0,37, p < 0,001$) et à l'estime de soi ($r = 0,29, p < 0,01$) des clients. Par contre, il n'y a aucune corrélation significative entre l'alliance et la satisfaction de vie des clients. La deuxième hypothèse est ainsi confirmée pour la plupart des indicateurs de bien-être psychologique.

Par ailleurs, la troisième hypothèse, stipulant que plus les clients développent une bonne alliance avec leur thérapeute plus ils sont satisfaits de la thérapie, est fortement appuyée par les résultats ($r = 0,73, p < 0,001$).

Facteurs pouvant faire varier les relations existantes entre l'alliance thérapeutique, la santé mentale et la satisfaction envers la thérapie

Nombre de séances en thérapie

Afin de répondre à la question qui cherche à savoir si les liens entre l'alliance thérapeutique et les variables à l'étude varient selon le nombre de séances en thérapie, des corrélations de Pearson ont été calculées. Le Tableau 3 présente les résultats pour trois regroupements du nombre de séances en thérapie. Étant donné la taille et la distribution des clients dans l'échantillon, les regroupements ont été sélectionnés de façon à répartir les participants le plus également possible. Il est à noter cependant que le nombre d'individus par groupe est faible, ce qui limite l'interprétation des résultats. C'est ainsi que, lorsque des regroupements sont formés, il n'y a aucune corrélation

Tableau 3

Corrélations entre l'alliance thérapeutique et les indices de santé mentale ainsi que la satisfaction envers la thérapie selon le nombre de séances de thérapie reçues

Variables	Alliance thérapeutique		
	3-10 séances (n=29)	11-20 séances (n=16)	21 séances et + (n=24)
Stress (MSP)	-0,04	-0,52*	0,06
Dépression (IDB)	-0,20	-0,35	-0,13
Symptômes psychologiques (SCL-10)	-0,08	-0,37	0,05
Actualisation du potentiel (MAP)	0,24	0,68**	0,29
Satisfaction de vie (ESAV)	0,17	0,45	0,05
Sens à la vie (ESEV)	0,39*	0,58*	0,34
Estime de soi (EES)	0,29	0,50*	0,25
Satisfaction envers la thérapie	0,69***	0,84***	0,82***

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

significative entre l'alliance thérapeutique et la dépression ainsi que le niveau de symptômes psychologiques et ce, pour tous les regroupements. Toutefois, fait intéressant, on peut constater que l'alliance est reliée négativement au niveau de stress présent uniquement chez les clients ayant entre 11 et 20 séances ($r = -0,52, p < 0,05$).

De plus, les corrélations significatives entre l'alliance et les indicateurs de bien-être psychologique se retrouvent principalement chez les clients ayant entre 11 et 20 séances. Plus spécifiquement, plus les clients, ayant entre 11 et 20 séances, ont une bonne alliance avec leur thérapeute, plus ils sont actualisés ($r = 0,68, p < 0,01$) et plus ils ont un sens à la vie ($r = 0,58, p < 0,05$) ainsi qu'une estime d'eux-mêmes ($r = 0,50, p < 0,05$) rehaussés. Il y a également une corrélation positive entre l'alliance et le sens à la vie chez les clients ayant entre 3 et 10 séances ($r = 0,39, p < 0,05$). Tous les clients, peu importe le regroupement, qui ont une bonne alliance avec leur thérapeute sont plus satisfaits de leur thérapie que ceux qui ont une alliance plus faible ($r = 0,69$ à $0,84, p < 0,001$). Par ailleurs, la corrélation est plus élevée chez les clients ayant de 11 à 20 séances.

Pour les clients ayant 21 séances et plus, la qualité de l'alliance n'est pas reliée à leur niveau de santé mentale et ce, tant du point de vue de la détresse psychologique que du bien-être psychologique. Seul leur niveau de satisfaction envers la thérapie y est relié significativement ($r = 0,82, p < 0,001$).

Suite aux différences obtenues dans les liens entre l'alliance thérapeutique et les variables à l'étude, selon le nombre de séances de complétées, des corrélations partielles ont été conduites afin de contrôler le nombre de séances en thérapie. Les résultats présentés au Tableau 4 montrent que les corrélations sont différentes entre l'alliance et le niveau de santé mentale des clients, lorsque le nombre de séances est contrôlé. Plus spécifiquement, une fois que le nombre de séances est contrôlé, le lien entre l'alliance thérapeutique et la dépression n'atteint plus le seuil de signification. En conséquence, l'alliance thérapeutique n'est plus reliée significativement à aucun indicateur de détresse psychologique. Par ailleurs, lorsque le nombre de séances est contrôlé, les liens entre l'alliance et certains indicateurs de bien-être psychologique, dont l'actualisation du potentiel ($r = 0,36$, $p < 0,01$) et le sens à la vie ($r = 0,40$, $p < 0,001$), sont légèrement rehaussés. Quant à l'estime de soi, les coefficients de corrélation avec l'alliance thérapeutique sont toujours significatifs mais faibles ($r = 0,25$, $p < 0,05$). De plus, le fait de contrôler le nombre de séances suivies entraîne une hausse négligeable des coefficients de corrélation entre l'alliance thérapeutique et la satisfaction des clients envers la thérapie ($r = 0,75$, $p < 0,001$).

Tableau 4

Corrélations partielles entre l'alliance thérapeutique et les indices de santé mentale ainsi que la satisfaction envers la thérapie en contrôlant le nombre de séances de thérapie

Variables	Alliance thérapeutique
Stress (MSP)	-0,103
Dépression (IDB)	-0,188
Symptômes psychologiques (SCL-10)	-0,120
Actualisation du potentiel (MAP)	0,358**
Satisfaction de vie (ESAV)	0,188
Sens à la vie (ESEV)	0,401***
Estime de soi (EES)	0,266*
Satisfaction envers la thérapie	0,749***

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

Âge des clients

Il apparaît pertinent de vérifier si les liens entre l'alliance thérapeutique et les variables à l'étude varient en fonction de l'âge des répondants. Le Tableau 5 présente les corrélations de Pearson calculées séparément pour quatre tranches d'âge. Il est à noter, encore une fois, que le choix des tranches d'âge s'est fait de façon à répartir les participants le plus également possible. De plus, le nombre d'individus par groupe d'âge

Tableau 5

Corrélations entre l'alliance thérapeutique et les indices de santé mentale ainsi que la satisfaction envers la thérapie auprès de quatre groupes d'âge

Variables	Alliance thérapeutique			
	- de 25 ans (n=14)	25-34 ans (n=18)	35-44 ans (n=26)	45 ans et + (n=27)
Stress (MSP)	-0,05	-0,07	-0,14	-0,22
Dépression (IDB)	0,07	-0,12	-0,46*	-0,26
Symptômes psychologiques (SCL-10)	0,14	-0,38	-0,11	-0,17
Actualisation du potentiel (MAP)	0,06	0,26	0,51**	0,42*
Satisfaction de vie (ESAV)	0,09	0,29	0,12	0,27
Sens à la vie (ESEV)	0,16	0,35	0,40*	0,57**
Estime de soi (EES)	-0,01	0,20	0,45*	0,46*
Satisfaction envers la thérapie	0,70**	0,73**	0,74***	0,80***

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

est très faible, ce qui limite l'interprétation des résultats. Pour ce qui est des indicateurs de détresse psychologique, seuls les clients âgés entre 35 et 44 ans qui ont développé une bonne alliance avec leur thérapeute semblent avoir moins de symptômes dépressifs ($r = -0,46$, $p < 0,05$). Quant aux autres indicateurs (stress, symptômes psychologiques), aucun n'est relié significativement à la qualité de l'alliance thérapeutique peu importe les groupes d'âge. Concernant les indicateurs de bien-être psychologique, il y a des

corrélations positives entre l'alliance et l'actualisation du potentiel, le sens à la vie ainsi que l'estime de soi et ce, pour deux groupes d'âge : 35-44 ans et 45 ans et plus ($r = 0,40$ à $0,46$, $p < 0,05$, $r = 0,51$ à $0,57$, $p < 0,01$). En ce qui a trait à la satisfaction envers la thérapie, les résultats révèlent qu'elle est reliée positivement à la qualité de l'alliance et ce, pour tous les groupes d'âge ($r = 0,70$ à $0,73$, $p < 0,01$, $r = 0,74$ à $0,84$, $p < 0,001$). Toutefois, plus les clients sont âgés, plus les corrélations tendent à être élevées.

En bref, l'alliance thérapeutique n'est pas reliée aux indicateurs de santé mentale des clients âgés entre 18 et 34 ans. Alors que pour les clients âgés entre 35 et 44 ans, l'alliance y est reliée tant dans sa dimension positive que négative. Tandis que pour ceux âgés de 45 ans et plus, seuls les indicateurs de bien-être psychologique sont reliés à la qualité de l'alliance.

Afin de contrôler les différences amenées par l'âge des répondants sur les liens entre l'alliance thérapeutique et les variables à l'étude, des corrélations partielles ont été réalisées. Les résultats des analyses de corrélations partielles présentés au Tableau 6 indiquent une diminution négligeable du coefficient de corrélation entre l'alliance et la dépression, un indicateur de détresse psychologique ($r = -0,22$, $p < 0,05$). Néanmoins, ce coefficient, quoique faible, demeure significatif.

Comparativement aux indicateurs de détresse psychologique, toutes les corrélations entre l'alliance et les trois indicateurs de bien-être psychologique ont

Tableau 6

Corrélations partielles entre l'alliance thérapeutique et les indices de santé mentale ainsi que la satisfaction envers la thérapie en contrôlant l'âge des répondants

Variables	Alliance thérapeutique
Stress (MSP)	-0,116
Dépression (IDB)	-0,220*
Symptômes psychologiques (SCL-10)	-0,132
Actualisation du potentiel (MAP)	0,383**
Satisfaction de vie (ESAV)	0,175
Sens à la vie (ESEV)	0,374**
Estime de soi (EES)	0,289**
Satisfaction envers la thérapie	0,751***

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

légèrement augmenté, lorsque l'âge des clients est contrôlé : actualisation du potentiel ($r = 0,38, p < 0,01$), sens à la vie ($r = 0,37, p < 0,01$) et estime de soi ($r = 0,29, p < 0,01$). En ce qui concerne la satisfaction des clients envers la thérapie, le coefficient de corrélation avec l'alliance thérapeutique est aussi légèrement augmenté, lorsque l'âge des clients est contrôlé ($r = 0,75, p < 0,001$).

Genre des clients

Afin de répondre à la question qui cherche à savoir s'il y a des différences entre les hommes et les femmes dans la relation entre l'alliance thérapeutique et les variables à l'étude, des corrélations de Pearson ont été calculées. Les résultats présentés au Tableau 7 montrent que les femmes qui ont une bonne alliance avec leur thérapeute sont ni plus ni moins en détresse psychologiquement que celles qui ont une alliance plus faible, car aucune corrélation n'est significative entre l'alliance et tous les indicateurs de détresse psychologique. Par contre, ces femmes sont plus actualisées ($r = 0,35$, $p < 0,01$), ont un meilleur sens à la vie ($r = 0,37$, $p < 0,01$), une meilleure estime d'elles-mêmes ($r = 0,31$, $p < 0,05$) et sont davantage satisfaites de leur thérapie ($r = 0,73$, $p < 0,001$).

Chez les hommes, il y a plusieurs corrélations qui ne sont pas significatives en raison du petit nombre de répondants. En effet, aucun indicateur de détresse ni de bien-être psychologique n'est relié significativement à la qualité de l'alliance thérapeutique chez les hommes. Seule la satisfaction envers la thérapie est liée positivement à l'alliance thérapeutique ($r = 0,72$, $p < 0,001$). Enfin, les analyses effectuées et le nombre insuffisant de participants masculins ne permettent pas d'affirmer qu'il y a des différences significatives entre les hommes et les femmes concernant les liens entre l'alliance thérapeutique, la santé mentale et la satisfaction envers la thérapie.

Tableau 7

Corrélations entre l'alliance thérapeutique et les indices de santé mentale ainsi que la satisfaction envers la thérapie chez les femmes et les hommes

Variables	Alliance thérapeutique	
	Femmes (n=62)	Hommes (n=28)
Stress (MSP)	-0,066	-0,253
Dépression (IDB)	-0,191	-0,322
Symptômes psychologiques (SCL-10)	-0,087	-0,245
Actualisation du potentiel (MAP)	0,347**	0,260
Satisfaction de vie (ESAV)	0,136	0,217
Sens à la vie (ESEV)	0,369**	0,368
Estime de soi (EES)	0,305*	0,314
Satisfaction envers la thérapie	0,726***	0,723***

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

Capacité prédictive des composantes de l'alliance thérapeutique

La prochaine section vise à répondre à la dernière question de recherche, qui s'intéresse à la capacité prédictive de chaque sous-échelle du CALPAS, mesure de l'alliance, sur les différents indicateurs de santé mentale et sur la satisfaction des clients envers la thérapie. Pour ce faire, des analyses de régressions multiples ont été réalisées sur chaque variable à l'étude en entrant de façon simultanée les quatre (4) sous-échelles de l'alliance thérapeutique dans l'équation de régression.

Tel que le montre le Tableau 8, seules l'actualisation du potentiel et la satisfaction envers la thérapie sont prédits significativement par les sous-échelles de l'alliance thérapeutique. Plus spécifiquement, les quatre (4) sous-échelles parviennent à expliquer 13 % de la variance de l'actualisation du potentiel ($F(4,85) = 3,08, p < 0,05$). Toutefois, seule la sous-échelle de l'engagement du client prédit significativement une plus grande actualisation du potentiel. En ce qui a trait à la satisfaction envers la thérapie, c'est 59 % de sa variance qui est expliquée par les échelles de l'alliance thérapeutique ($F(4,85) = 32,90, p < 0,001$). Les sous-échelles d'engagement du client et du consensus sur la stratégie de travail sont de meilleurs prédicteurs de la satisfaction envers la thérapie.

Tableau 8

Régressions multiples sur l'actualisation du potentiel et la satisfaction envers la thérapie
à l'aide des sous-échelles de l'alliance thérapeutique

Actualisation du potentiel (MAP)	R^2	β
Alliance thérapeutique	0,13*	
Capacité de travail du client		0,039
Engagement du client		0,339*
Consensus stratégie de travail		0,040
Compréhension et implication du thérapeute		-0,044

Satisfaction envers la thérapie	R^2	β
Alliance thérapeutique	0,59***	
Capacité de travail du client		-0,056
Engagement du client		0,359***
Consensus stratégie de travail		0,415***
Compréhension et implication du thérapeute		0,142

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

Discussion

La présente étude, par sa démarche empirique, avait pour objectif de vérifier les relations entre l'alliance thérapeutique, la santé mentale et la satisfaction des clients envers la thérapie. Ce dernier chapitre vise à fournir des éléments explicatifs aux résultats obtenus, en fonction des hypothèses et des questions de recherche, tout en les associant aux connaissances acquises antérieurement. De plus, sont exposées les forces et les limites de cette étude ainsi que des recommandations pour les recherches à venir.

Alliance thérapeutique, santé mentale et satisfaction envers la thérapie

Les résultats exposés au chapitre précédent incitent à discuter les hypothèses de recherche en incluant certaines réponses aux questions de recherche puisque les résultats s'avèrent être différents selon le nombre de séances de thérapie complétées ou l'âge des clients.

C'est ainsi qu'il est possible d'affirmer que les résultats, présentés au chapitre précédent, confirment très partiellement la première hypothèse stipulant que l'alliance thérapeutique est corrélée à la détresse psychologique des clients. Alors que les deux autres hypothèses, concernant le bien-être psychologique et la satisfaction des clients envers la thérapie, sont davantage confirmées par les résultats. En effet, les résultats laissent voir que l'alliance thérapeutique est corrélée positivement à plusieurs

indicateurs de bien-être psychologique et à la satisfaction des clients envers la thérapie, alors qu'elle est reliée négativement qu'à un seul indicateur de détresse psychologique.

Alliance thérapeutique et détresse psychologique

L'analyse des résultats permet de constater que la première hypothèse, stipulant que l'alliance thérapeutique est corrélée négativement à des indicateurs de détresse psychologique, est très partiellement confirmée. En effet, seul un des trois indicateurs de détresse psychologique semble relié à la qualité de l'alliance thérapeutique. Les paragraphes qui suivent présentent une analyse plus approfondie de la relation entre l'alliance thérapeutique et les indicateurs de santé mentale associés à la première hypothèse. Y sont abordés de façon séparée les trois variables suivantes : l'anxiété, la dépression et les symptômes psychologiques.

Anxiété. L'absence de corrélation significative entre l'alliance thérapeutique et le stress psychologique a été démontrée dans presque tous les résultats présentés précédemment. Néanmoins, il y a une exception dans les résultats à laquelle on doit s'attarder. En effet, il y a une corrélation négative significative, moyennement forte ($r = -0,52$, $p < 0,05$), entre l'alliance thérapeutique et le stress psychologique mais, uniquement chez les clients qui ont complété entre 11 et 20 séances de thérapie. Pourtant, la majorité des clients de l'échantillon, ayant comme motif de consultation l'anxiété, ne se situent pas dans cette catégorie (pour avoir plus d'informations sur la

répartition des motifs de consultation, voir Appendice D). Spécifiquement, il n'y a qu'une seule personne qui présente ce motif de consultation. Il serait ainsi permis de penser que l'alliance thérapeutique est corrélée au stress psychologique seulement lorsque le motif de consultation ou la problématique du client n'est pas l'anxiété. En d'autres mots, lorsqu'une personne vient consulter pour un autre motif que l'anxiété, le niveau de stress psychologique semble être davantage corrélé à la qualité de l'alliance thérapeutique. Le fait de constater ce résultat est étonnant. Jamais une telle constatation n'a été répertoriée lors de la recension des écrits. Il serait donc pertinent d'inclure, dans une recherche ultérieure, le motif de consultation ou la problématique des clients comme variable à l'étude dans un modèle prédictif de la qualité de l'alliance thérapeutique sur l'anxiété des clients.

Ici encore, aucune étude recensée n'a évalué l'alliance thérapeutique et l'anxiété définie comme un indicateur de santé mentale au même moment. Pour comprendre cette relation, il faut donc se pencher sur une étude portant sur la relation entre l'alliance et l'efficacité thérapeutique. Plus spécifiquement, Muran (2002), lors d'une étude réalisée auprès de 128 personnes ayant des difficultés reliées à la dépression, à l'anxiété et au fonctionnement interpersonnel, arrive à la conclusion que l'alliance thérapeutique est corrélée au niveau d'anxiété des clients. En fait, ses résultats ont démontré que l'alliance thérapeutique est de loin le meilleur prédicteur de l'ensemble du changement thérapeutique, dont un changement sur le niveau d'anxiété des clients. Par ailleurs, cette

étude ne donne aucune information quant à l'influence potentielle du motif de consultation sur la relation entre l'alliance thérapeutique et l'anxiété des clients.

Les résultats ne permettent pas de comprendre la complexité de la relation entre l'alliance thérapeutique et l'anxiété des clients. Certaines variables médiatrices ou modératrices seront donc à considérer dans les recherches ultérieures, dont entre autres le motif de consultation ou la problématique de client et le nombre de séances de thérapie complétées.

Enfin, comme le modèle théorique de la santé mentale de Labelle et al. (2000) comprend deux dimensions de l'anxiété (anxiété situationnelle, anxiété de trait), il y a aussi lieu de s'interroger, au plan méthodologique, sur le potentiel d'un inventaire d'anxiété, comme celui de Spielberger, à générer des résultats différents.

Dépression. Pour ce qui est de la dépression, elle est, dans la présente étude, le seul indicateur de détresse psychologique qui s'est révélé être significativement corrélé, quoique faiblement ($r = -0,23, p < 0,05$), à l'alliance thérapeutique. Toutefois, lorsqu'on applique des contrôles sur certains facteurs, notamment le nombre de séances complétées et l'âge des clients, la corrélation diminue ou ne devient plus significative. Par ailleurs, certaines recherches, portant essentiellement sur l'alliance et l'efficacité thérapeutique, ont trouvé des liens significatifs entre l'alliance thérapeutique et la dépression (Gaston et al., 1998; Muran, Gorman, Safran, & Twining, 1995).

Dans une étude visant à démontrer l'impact relatif des facteurs relationnels sur le résultat du traitement, Castonguay et al. (1996) ont démontré qu'une bonne relation thérapeutique est associée à une réduction des symptômes dépressifs. Dans le même ordre d'idées, Safran et Wallner (1991), en voulant vérifier la validité du CALPAS, ont constaté que cet instrument est une des meilleures mesures d'alliance pour prédire un changement dans les symptômes dépressifs. Gaston, Marmar, Gallagher et Thompson (1991) y vont avec plus de précision en affirmant que les scores d'alliance pris à la 5^e séance parviennent à expliquer 18 % de la variance du résultat final au BDI (*Beck Depression Inventory*) alors que ceux pris à la 10^e et à la 15^e séance expliquent 5 % et 13 % respectivement.

Comme il est mentionné ci-haut, la présente recherche corrobore les résultats de certaines études, néanmoins, le fait que cette corrélation significative entre l'alliance et la dépression se retrouve uniquement chez les clients âgés entre 35 et 44 ans amène quelques questionnements. Étant donné que le motif de consultation le plus courant de l'échantillon est la dépression, on aurait pu penser, à première vue, que cette relation significative, entre l'alliance et la dépression, était favorisée par la présence d'un plus grand nombre de clients dépressifs au sein de cette catégorie d'âge. Une analyse approfondie des motifs de consultation de ce sous-groupe a révélé qu'il n'y a qu'une seule personne qui a indiqué ce motif de consultation chez les clients âgés entre 35 et 44 ans. Il semble donc que l'alliance thérapeutique est corrélée à la dépression lorsque celle-ci n'est pas le motif de consultation, ce qui semble être également le cas pour

l'anxiété des clients. Dans les deux cas, ça ne semble pas être le nombre de séances ou l'âge des clients qui amènent des variations dans les résultats, mais vraisemblablement le motif de consultation. Ainsi, il y a lieu de s'interroger à savoir si cette conclusion peut être généralisable. Pour le découvrir, il faudra poursuivre les recherches sur la relation entre l'alliance thérapeutique, l'anxiété et la dépression, en tenant compte du motif de consultation des clients.

Symptômes psychologiques. Les résultats de la présente étude ne laissent voir aucune corrélation significative entre l'alliance thérapeutique et les symptômes psychologiques. Malgré l'absence d'étude recensée évaluant la relation entre l'alliance thérapeutique et les symptômes psychologiques définis en tant qu'indicateurs de santé mentale, d'autres études, évaluant la relation entre l'alliance et l'efficacité thérapeutique, ont trouvé des corrélations significatives. En effet, certains chercheurs soutiennent le fait que plus l'alliance thérapeutique est forte, moins les clients ont des symptômes à la fin du traitement (Barber et al., 2000; Frank & Gunderson, 1990; Gaston et al., 1998; Horvath et al., 1993; Howgego et al., 2003; Luborsky, 1994). Spécifiquement, lors de leur méta-analyse, Martin et al. (2000) ont constaté que, dépendamment des études, le résultat de la thérapie est défini de façons différentes. Selon eux, la majorité des études utilise des échelles globales (ex : Global Assessment Scale), des échelles de résultats spécifiques (ex : Target Complaint), des échelles de symptômes (ex : Symptom Checklist) ou des échelles d'humeur (ex : BDI) pour évaluer le résultat de la thérapie. Par le fait même, la plupart des chercheurs, mentionnés plus haut, considèrent que

l'alliance thérapeutique est un bon prédicteur pour des résultats spécifiques (Target Complaint), mais qu'elle ne l'est pas pour des évaluations d'un changement symptomatique (SCL). Horvath et al. (1993) y vont avec plus de précision en rapportant que la corrélation moyenne entre l'alliance thérapeutique et le résultat de la thérapie, évalué à l'aide du Target Complaint, est de 0,30, alors que la même corrélation est de 0,09 pour le Symptom Checklist-90.

Dans la présente étude, les clients qui ont développé une bonne alliance thérapeutique avec leur thérapeute ne semblent pas avoir moins de symptômes psychologiques que ceux qui ont développé une alliance thérapeutique plus faible et ce, peu importe leur âge ou le nombre de séances de thérapie complétées. À la lumière de ce qui précède, il pourrait être utile, dans une recherche ultérieure, de vérifier si les résultats demeurent similaires en utilisant une échelle de résultats spécifiques (ex : Target Complaint) au lieu d'une échelle de symptômes (ex : SCL-10).

Alliance thérapeutique et bien-être psychologique

Tel que stipulé dans la présentation des résultats, l'alliance thérapeutique est corrélée positivement à plusieurs indicateurs de bien-être, mis à part la satisfaction de vie qui n'a généré aucune corrélation significative avec l'alliance. D'ailleurs, la majorité de ces corrélations se retrouvent chez les clients ayant complété entre 11 et 20 séances et ceux âgés de 35 ans et plus. De façon plus précise, plus la qualité de l'alliance est forte,

plus les clients semblent actualisés, avoir un meilleur sens à la vie et une meilleure estime de soi. Il est important de mentionner, toutefois, que ce ne sont pas tous les indicateurs de bien-être inclus dans cette recherche qui ont déjà fait l'objet d'une investigation avec l'alliance thérapeutique. Seules la satisfaction de vie et l'estime de soi l'ont été. Les prochains paragraphes discutent les résultats obtenus pour chaque indicateur de bien-être psychologique dans l'ordre suivant : l'actualisation du potentiel, la satisfaction de vie, le sens à la vie et l'estime de soi.

Actualisation du potentiel. Malgré l'absence d'études recensées concernant la relation entre l'alliance thérapeutique et l'actualisation du potentiel, les résultats de la présente étude démontrent des corrélations positives significatives, moyennement faibles ($r = 0,31$, $p < 0,01$), entre ces deux variables. Cependant, des analyses supplémentaires ont permis de révéler que ces corrélations se situaient uniquement chez les clients âgés de 35 ans et plus qui ont entre 11 et 20 séances de thérapie complétées. Pour tenter d'expliquer ces résultats, quelques pistes sont suggérées, mais auparavant, il importe de bien préciser ce qu'est l'actualisation du potentiel.

Selon Leclerc et al. (1998), l'actualisation du potentiel est un processus qui vise le plein épanouissement et l'amélioration des ressources ou des capacités d'une personne et ce, en congruence avec son image de soi, avec son expérience d'elle-même et avec son expérience de l'environnement. Pour ce faire, la personne doit agir en conformité

avec l'image qu'elle se fait d'elle-même, de ses valeurs et elle doit être attentive à ce qui se passe en elle ainsi qu'au monde qui l'entoure. De plus, selon les auteurs, une personne incapable de faire confiance aux autres et qui n'ose pas s'engager dans des actions susceptibles de changer son environnement, d'améliorer son sort ou celui de ses semblables a peu de chances de mettre à profit son potentiel.

Si l'on s'en tient à la définition de l'actualisation du potentiel de Leclerc et al. (1998), on peut constater que l'alliance thérapeutique et l'actualisation du potentiel sont effectivement deux concepts reliés entre eux. Spécifiquement, pour qu'une personne puisse s'actualiser, elle doit être capable, entre autres, de faire confiance aux autres et de s'engager dans une action susceptible de changer son environnement ou d'améliorer son sort – tous des composantes d'une bonne alliance thérapeutique. Ainsi, cette définition de l'actualisation du potentiel permet d'apporter une explication à la présence d'une relation significative entre elle et l'alliance thérapeutique.

Par ailleurs, le fait que les corrélations significatives entre l'alliance thérapeutique et l'actualisation du potentiel se retrouvent seulement chez les clients âgés de 35 ans et plus ayant entre 11 et 20 séances complétées est plus difficilement explicable. En fait, on ne connaît pas toutes les caractéristiques de ces clients qui auraient pu favoriser la présence d'une relation significative chez ces derniers. Par exemples, est-ce que les clients accordent plus d'importance à l'actualisation du potentiel en vieillissant ? Est-ce que les clients, ayant entre 11 et 20 séances de thérapie

complétées, présentaient des problématiques particulières ? Est-ce que l'actualisation du potentiel est plus forte ou ressort davantage à un moment précis de la psychothérapie ? En somme, l'absence d'études recensées concernant la relation entre l'alliance thérapeutique et l'actualisation du potentiel et les différences obtenues dans les résultats, en ce qui a trait à l'âge ainsi qu'au nombre de séances complétées, indiquent qu'il est souhaitable d'effectuer des recherches supplémentaires pour en arriver à mieux comprendre les résultats obtenus.

Satisfaction de vie. Contrairement à ce qui était attendu au départ, les résultats ne démontrent aucune corrélation significative entre l'alliance thérapeutique et la satisfaction de vie des clients et ce, peu importe leur âge ou le nombre de séances de thérapie complétées. Néanmoins, même si certaines études semblent vouloir démontrer la présence d'une relation significative entre ces deux variables (Chinman, Rosenheck, & Lam, 2000; Diener et al., 2002; Frisch, 2000; Headley et al., 1993; Keyes et al., 2003; Reis et al., 2003; Wissing et al., 2002), il n'est pas surprenant d'observer cette absence de corrélation. En étant elle-même une évaluation subjective qu'une personne porte sur le degré de satisfaction par rapport à ses besoins et ses désirs les plus importants (Frisch, 2000), la satisfaction de vie est une variable vaste qui englobe beaucoup de dimensions de la vie humaine (famille, santé, amour, travail, origine ethnique, relations interpersonnelles, etc.). Elle touche la satisfaction de nombreux besoins et désirs humains tant dans la vie présente que passée. La relation entre l'alliance thérapeutique et la satisfaction de vie des clients n'est vraisemblablement pas directe, d'autres variables

devront être considérées. De plus, il se pourrait aussi que l'absence de résultats significatifs entre l'alliance thérapeutique et la satisfaction de vie soit associée au choix de l'instrument de mesure qui comprend cinq items seulement.

Sens à la vie. Même si aucune étude recensée n'a mis en relation l'alliance thérapeutique et le sens à la vie des clients, les résultats de la présente recherche révèlent la présence d'une corrélation significative moyennement faible ($r = 0,37$, $p < 0,001$) entre ces deux variables. En fait, les clients qui ont développé une bonne alliance thérapeutique avec leur thérapeute semblent avoir davantage un but dans la vie et croire davantage qu'il y a une signification à vivre. Par ailleurs, des analyses plus approfondies ont permis de démontrer que les corrélations significatives se situaient dans des catégories bien déterminées. En effet, l'alliance thérapeutique est corrélée uniquement au sens à la vie des clients âgés de 35 ans et plus qui ont entre 3 et 20 séances de thérapie complétées. Pour tenter d'expliquer ces résultats, quelques pistes sont suggérées : d'abord celles reliées à l'âge des clients, puis celles reliées au nombre de séances complétées.

Tout au long de son existence, l'être humain traverse des stades de vie qu'il complète avec ou sans difficultés. Chez le jeune adulte (entre 18 et 35 ans), leurs stades de vie comprennent entre autres le départ de la maison familiale, le début d'une carrière, le mariage, la fondation d'une famille et la quête de l'indépendance, selon Olds et Papalia (1996). En fait, c'est durant cette période que les gens élaborent leur structure de

vie, qu'ils donnent un sens à leur vie. Alors que chez les gens âgés entre 40 et 65 ans environ, leurs stades de vie se caractérisent habituellement par une période où ils font le point, où ils réévaluent leurs aspirations professionnelles, leurs relations intimes et les autres aspects de leur vie d'après ces mêmes auteurs. Ce regard sur soi peut alors être perturbateur car, les gens remettent en question leurs propres objectifs de vie, ils redonnent un sens à leur vie.

Considérant les propos de Olds et al. (1996), la présence d'une relation significative entre l'alliance et le sens à la vie, uniquement chez les clients âgés de 35 ans et plus, pourrait s'expliquer par la présence d'une réévaluation personnelle de leurs objectifs de vie. Cependant, où en sont rendus les clients, plus précisément, dans leur réévaluation personnelle ? Est-ce que le sens à la vie prend plus d'importance lorsque les gens vieillissent ? Bref, plusieurs questions demeurent sans réponse. Les données recueillies dans la présente étude ne permettent pas d'apporter une explication satisfaisante aux résultats obtenus concernant la relation entre l'alliance thérapeutique et le sens à la vie dépendamment de l'âge des clients. Pour en arriver à mieux comprendre ces résultats, la recherche devra être poursuivie.

En ce qui concerne le nombre de séances complétées, les résultats de la présente étude démontrent que l'alliance thérapeutique est corrélée positivement au sens à la vie des clients qui ont complété entre 3 et 20 séances de thérapie ($r = 0,39$ à $r = 0,58$,

$p < 0,05$). Au-delà de 20 séances, les corrélations ne sont plus significatives. Alors, pour tenter d'expliquer ces résultats, quelques pistes sont également suggérées.

Selon Eames et al., (2000) ainsi que Watson et Greenberg (2000), la psychothérapie est décrite comme un processus en phases qui consiste sommairement en : une phase initiale (établissement d'une bonne alliance thérapeutique et entente sur les tâches), une phase centrale (explorations et prises de conscience destinées à la résolution des problèmes) et une phase terminale (focus sur le renforcement des gains thérapeutiques). Alors, si on s'en remet à la conception du processus psychothérapeutique de ces auteurs, on peut soulever l'hypothèse qu'il y a des corrélations significatives entre l'alliance thérapeutique et le sens à la vie des clients ayant entre 3 et 20 séances de complétées parce que le maintien et l'établissement d'une bonne alliance sont très importants au cours de ces périodes, c'est-à-dire au cours des deux premières phases du processus. Toutefois, quelques questions subsistent. Par exemple, quelles sont les autres variables reliées au sens à la vie des clients vers la fin du processus psychothérapeutique ? L'absence d'études recensées portant sur la relation entre l'alliance thérapeutique et le sens à la vie, l'absence d'explications satisfaisantes aux résultats obtenus et la présence de corrélations relativement fortes entre ces deux variables rajoutent à la pertinence d'effectuer des recherches supplémentaires sur le sujet.

Estime de soi. Comme il est mentionné précédemment, l'estime de soi est un des seuls indicateurs de bien-être psychologique à avoir été mis en relation avec l'alliance thérapeutique dans les études antérieures. Plus spécifiquement, Saunders (2000) a démontré que les clients qui ont une faible estime d'eux-mêmes sont moins susceptibles de considérer leur thérapeute comme étant chaleureux, aimable et respectueux envers eux – tous des éléments importants à l'établissement et au maintien d'une bonne alliance thérapeutique. Parallèlement, Paradise et al. (2002) affirment que les personnes avec une faible estime d'eux-mêmes tendent à adopter une attitude défensive, auto-protectrice. Il est ainsi plus difficile pour ces personnes d'établir un climat de confiance et de collaboration avec leur thérapeute. Autrement dit, il est plus difficile pour elles de développer une bonne alliance thérapeutique avec leur thérapeute.

Les résultats de la présente recherche confortent ces conclusions et révèlent la présence d'un lien positif, quoique faible ($r = 0,29$, $p < 0,01$), entre l'alliance thérapeutique et l'estime de soi des clients. En fait, plus les clients affichent une bonne alliance thérapeutique avec leur thérapeute, plus ils semblent avoir une bonne estime d'eux-mêmes. L'inverse est également vrai, c'est-à-dire que la présence d'une bonne estime de soi chez les clients est associée à la formation d'une alliance thérapeutique significative avec leur thérapeute. Néanmoins, le faible niveau des corrélations laisse sous-entendre que la qualité de l'alliance thérapeutique n'est probablement pas la seule variable en relation avec le niveau d'estime de soi des clients. Par exemple, il pourrait être intéressant d'inclure, dans des recherches ultérieures, la qualité des relations

interpersonnelles car, selon Paradise et al. (2002), la qualité des relations qu'une personne entretient envers son entourage (famille, amis) peut avoir une influence directe sur son estime de soi.

Alliance thérapeutique et satisfaction envers la thérapie

Tel que le stipulait la troisième hypothèse, l'alliance thérapeutique est fortement corrélée ($r = 0,73$, $p < 0,001$) à la satisfaction des clients envers la thérapie, ce qui corrobore les résultats de plusieurs études (Asay et al., 2001; Gaston et al., 1998; Howgego et al., 2003; Bieschke et al., 1995). D'après Waddington (2002), lorsqu'un client perçoit son thérapeute comme étant expert, digne de confiance et intéressant, il est moins susceptible d'abandonner la thérapie. En fait, il est plus enclin à se sentir satisfait de la thérapie et à faire des progrès grâce à celle-ci. Johansson et al. (2003) ont, quant à eux, clairement démontré que la qualité de l'alliance thérapeutique est l'élément central de la satisfaction des clients envers la thérapie.

De façon plus précise, les résultats de la présente recherche ont permis de démontrer que de toutes les variables à l'étude, c'est la satisfaction des clients envers la thérapie qui est la plus fortement corrélée à l'alliance thérapeutique. En effet, il y a 53 % de variance commune entre les deux variables. D'ailleurs, elle est la seule variable corrélée à l'alliance thérapeutique peu importe le nombre de séances de thérapie complétées, l'âge ou le genre des clients. Ainsi, comme l'a mentionné Bieschke et al.

(1995) précédemment, le degré de satisfaction des clients envers la thérapie peut être un bon indicateur de la qualité de l'alliance thérapeutique qu'ils ont développée avec leur thérapeute.

En résumé, c'est la première fois que le modèle théorique de la santé mentale conçu par Labelle et al. (2000) est mis en relation avec celui de l'alliance thérapeutique élaboré par Gaston (1991). En réalisant cette étude, on a pu constater trois éléments importants. Dans un premier temps, l'alliance thérapeutique est corrélée à la santé mentale mais davantage dans sa dimension positive (augmentation du bien-être psychologique) que négative (diminution de la détresse psychologique). Dans un deuxième temps, les corrélations obtenues entre l'alliance thérapeutique et la santé mentale diffèrent selon l'âge des clients et selon le nombre de séances de thérapie qu'ils ont complétées. Finalement, en concordance avec les écrits théoriques et les recherches empiriques, l'alliance thérapeutique est fortement corrélée à la satisfaction des clients envers la thérapie et ce, peu importe leur âge, leur genre ou le nombre de séances de thérapie complétées.

La partie suivante tente d'apporter des réponses plus détaillées à chaque question de recherche élaborée précédemment.

Facteurs pouvant faire varier les relations entre l'alliance thérapeutique, la santé mentale et la satisfaction envers la thérapie

Il ne serait pas possible d'avoir une bonne compréhension des relations entre l'alliance thérapeutique, la santé mentale et la satisfaction des clients envers la thérapie sans considérer l'apport de certains facteurs. Cette partie de la discussion, reliée aux questions de recherche, mettra en évidence des pistes supplémentaires à considérer dans les recherches ultérieures.

Nombre de séances suivies

Lors de la recension des écrits, il a été démontré que la capacité prédictive de l'alliance thérapeutique quant au résultat de la thérapie varie selon le moment où elle est évaluée (Despland, de Roten, Despars, Stigler, & Perry, 2001; Eames & Roth, 2000; Gaston et al., 1998; Horvath, 2001; Martin et al., 2000). En effet, ces chercheurs ont constaté que les mesures de l'alliance thérapeutique, prises à l'intérieur des cinq premières séances, sont des prédicteurs légèrement plus puissants du résultat psychothérapeutique que celles prises ultérieurement. Martin et al. (2000) expliquent ce résultat par le fait que les clients ont tendance à voir l'alliance comme étant stable dans la thérapie, contrairement aux thérapeutes ou aux observateurs qui indiquent des fluctuations dans le temps. Selon eux, les clients sont ainsi plus enclins de voir l'alliance thérapeutique comme étant positive tout au long du traitement si leur évaluation initiale

est positive. Cependant, toutes les mesures de l'alliance thérapeutique, prises après la cinquième séance, ont elles aussi une capacité prédictive sur le résultat de la thérapie (Barber et al., 2000; Gaston et al., 1998; Horvath, 2000).

Les résultats de la présente recherche indiquent clairement que le plus grand nombre de corrélations significatives, entre l'alliance thérapeutique et les variables à l'étude, se retrouvent chez les clients ayant complété entre 11 et 20 séances de thérapie. En effet, l'alliance thérapeutique, chez ces derniers, est corrélée significativement à plusieurs indicateurs de santé mentale et à la satisfaction envers la thérapie ($r = 0,50$ à $r = 0,84$). Alors que, contrairement aux études mentionnées précédemment, il y a très peu de corrélations significatives chez les clients en début de processus (alliance évaluée entre la 3^e et la 10^e séance). Seuls le sens à la vie ($r = 0,39$, $p < 0,05$) et la satisfaction envers la thérapie ($r = 0,69$, $p < 0,001$) de ces clients sont liés positivement à la qualité de l'alliance thérapeutique. Quant aux clients plus avancés dans leur thérapie (21 séances et plus), il y a uniquement la satisfaction envers la thérapie qui est fortement reliée ($r = 0,82$, $p < 0,001$) à l'alliance. Aucun indicateur de santé mentale ne semble être corrélé à la force de leur alliance thérapeutique. Les prochains paragraphes tentent d'expliquer les résultats obtenus pour chacun des regroupements.

Lors de leur méta-analyse, Martin et al. (2000) ont constaté que plus l'alliance thérapeutique est forte en début de processus, meilleures sont les probabilités que la thérapie soit efficace. Autrement dit, meilleures sont les probabilités que le client ait une

santé mentale rehaussée à la fin du processus. Par ailleurs, dans la présente étude, l'alliance thérapeutique et la santé mentale ont été évaluées au même moment. Ce n'est pas une comparaison entre une ou des mesures prises plus tôt dans la thérapie (alliance thérapeutique) et une autre à la fin (santé mentale ou efficacité thérapeutique) comme c'est le cas dans plusieurs recherches. Il n'est donc pas étonnant d'observer très peu de corrélations significatives entre ces deux construits entre la 3^e et la 10^e séance car, l'alliance thérapeutique peut être forte en début de processus, tandis que ce n'est pas toujours le cas pour la santé mentale des clients. Étant donné que l'alliance thérapeutique et la santé mentale semblent évoluer différemment au cours d'une psychothérapie, il serait intéressant de réaliser une étude longitudinale pour en arriver à bien comprendre l'évolution de ces deux construits, ainsi que son influence sur la relation entre l'alliance thérapeutique et la santé mentale des clients.

La présence d'un grand nombre de corrélations significatives entre l'alliance thérapeutique et les indicateurs de santé mentale, chez les clients qui ont complété entre 11 et 20 séances de thérapie, peut également découler de l'évolution de chaque construit. Durant cette période, il est permis de penser que l'alliance thérapeutique et la santé mentale des clients n'aient pas atteint leur plein potentiel et qu'elles s'amélioreront davantage. Elles sont donc toutes les deux dans une phase de croissance et les clients peuvent, au cours de cette période, remarquer de plus en plus d'améliorations significatives au niveau de leur santé mentale. Les probabilités d'obtenir des corrélations

significatives entre l'alliance thérapeutique et la santé mentale peuvent donc être, par le fait même, augmentées.

Pour les clients qui ont complété 21 séances et plus de thérapie, l'absence de corrélation significative entre l'alliance thérapeutique et la santé mentale pourrait être attribuable au fait que l'alliance thérapeutique a atteint un certain plateau au cours de cette période, alors que la santé mentale des clients peut continuer d'évoluer. Cette évolution serait alors reliée à d'autres variables. La présente étude ne permet pas de découvrir plus spécifiquement ces variables en jeu. Ceci soulève encore la nécessité de réaliser des études longitudinales afin de comprendre plus à fond l'évolution de l'alliance thérapeutique et celle de la santé mentale au cours d'une psychothérapie.

Enfin, les résultats ont démontré que les coefficients de corrélation varient en fonction du nombre de séances complétées. Toutefois, il demeure difficile de saisir avec précision à quoi attribuer ces différences. S'agit-il de variations amenées par les différentes étapes du processus psychothérapeutique ? S'agit-il d'une variabilité attribuable à une particularité de l'échantillonnage, dont entre autres les motifs de consultation ? D'autres investigations sont donc nécessaires pour parvenir à démontrer clairement l'influence du nombre de séances sur la relation entre l'alliance thérapeutique et la santé mentale des clients.

Âge des clients

À l'heure actuelle, aucune étude portant sur la relation entre l'alliance thérapeutique, le niveau de santé mentale ainsi que la satisfaction envers la thérapie, selon l'âge des clients, n'a été répertoriée. Pourtant, la présente étude l'a fait et, bien qu'il faille interpréter les résultats avec réserve, il y a certains éléments intéressants de soulever. À première vue, si l'on compare les résultats du Tableau 2 à ceux du Tableau 6, les corrélations entre l'alliance thérapeutique et les indicateurs de santé mentale varient très peu en fonction de l'âge des clients. Cependant, une analyse plus approfondie a permis de démontrer que les seules corrélations significatives entre l'alliance thérapeutique et les indicateurs de santé mentale se retrouvent chez les clients âgés de 35 ans et plus. Il n'y a aucune corrélation significative entre l'alliance thérapeutique et la santé mentale chez les clients âgés entre 18 et 34 ans. En fait, seule la satisfaction envers la thérapie est fortement reliée à l'alliance thérapeutique chez ces derniers. Par ailleurs, plus les clients sont âgés, plus les corrélations sont élevées entre l'alliance thérapeutique et la satisfaction envers la thérapie.

Suite à ces résultats, il y a donc lieu de s'interroger sur l'absence de corrélation significative entre l'alliance thérapeutique et la santé mentale chez les clients âgés entre 18 et 34 ans.

Lors de leur recension des écrits, Robbins et al. (2000) ont remarqué que les adultes réajustent leurs attentes avec l'âge et que les prédicteurs d'un mieux-être changent également selon le groupe d'âge dans lequel ils se trouvent. Ces auteurs ont constaté, entre autres, que les événements quotidiens sont ceux qui influencent le plus directement l'état d'être des jeunes adultes. Chez les personnes plus âgées, ce sont la qualité des relations interpersonnelles et leur état de santé qui sont les plus importants. Durant le cours de la vie chez l'adulte, la production de revenus deviendrait moins importante et les relations interpersonnelles plus importantes. Ainsi, comme les relations interpersonnelles deviennent plus importantes en vieillissant, il n'est pas surprenant de constater une absence de corrélation significative entre l'alliance thérapeutique et la santé mentale chez les clients plus jeunes, ceux âgés entre 18 et 34 ans. Cette piste amène également les futurs chercheurs à se questionner sur la présence des valeurs différentes selon l'âge des gens. En effet, si les valeurs des jeunes adultes accordent une importance moindre aux relations interpersonnelles positives, il ne serait pas étonnant de constater que l'alliance thérapeutique soit peu reliée aux indicateurs de santé mentale.

Par ailleurs, il faut prendre en considération le fait que les deux premiers regroupements (18 à 24 ans, 25 à 34 ans) contiennent 21 participants de moins que les deux derniers (35 à 44 ans, 45 ans et plus). Les résultats auraient pu différer si le nombre de participants avait été équivalent et aussi plus important pour tous les groupes d'âge. Enfin, en raison du nombre peu élevé et inégal de participants dans chaque groupe d'âge, il est actuellement impossible d'évaluer toute la portée des différences observées

entre les groupes d'âge. Pour démontrer si les relations entre l'alliance thérapeutique et les indicateurs de santé mentale varient réellement en fonction de l'âge des clients, et non pas en fonction de leur motif de consultation, il sera nécessaire de réaliser des recherches supplémentaires où l'âge sera considéré comme variable à l'étude. Il serait souhaitable, entre autres, d'avoir un nombre de participants suffisamment grand et équivalent dans chaque regroupement, et aussi de contrôler les valeurs ainsi que les motifs de consultation qui sont présents selon les groupes d'âge.

Genre des clients

L'influence du genre (homme/femme) sur la relation entre l'alliance thérapeutique et le résultat de la thérapie a été très peu étudiée. Néanmoins, quelques chercheurs ont observé la présence de différences selon le sexe des clients.

À la suite d'une étude réalisée auprès de 63 couples mariés ou en union de fait, Bourgeois et al. (1990) sont parvenus à démontrer que la force de l'alliance thérapeutique est un déterminant plus puissant du succès de la thérapie chez les hommes que chez les femmes. Les auteurs ont même tenté d'apporter une explication partielle à ce résultat qu'ils trouvent surprenant et difficile à interpréter car, à leur connaissance, une telle différence n'a jamais été répertoriée. Dans les écrits cliniques, les faits semblent vouloir démontrer que les hommes sont plus craintifs face au processus thérapeutique et sont moins motivés à participer au traitement. En contrepartie, si les

hommes bénéficient de la thérapie, il peut être plus important pour eux de se sentir compris, que les tâches et les objectifs soient clairement établis et qu'il y ait un consensus sur ces tâches et objectifs. Autrement dit, il peut être plus important pour eux de développer une bonne alliance thérapeutique avec leur thérapeute.

Connolly et al. (2003) ont, quant à eux, constaté que les femmes rapportent plus d'alliances thérapeutiques positives comparativement aux hommes. Majoritairement, les femmes extériorisent davantage leurs émotions et semblent porter une attention particulière aux aspects interpersonnels de leurs relations. Par le fait même, les mesures de l'alliance thérapeutique semblent s'appuyer davantage sur des éléments interpersonnels de la relation thérapeutique, selon les auteurs. Ainsi, Connolly et al. (2003) soutiennent le fait que la présence de ces éléments favoriserait la formation d'une alliance thérapeutique plus forte chez les femmes. Alors, si les femmes tendent à rapporter plus d'alliances thérapeutiques positives, les probabilités d'obtenir des corrélations significatives entre l'alliance thérapeutique et les indicateurs de santé mentale seraient plus élevées chez elles que chez les hommes.

Les résultats de la présente étude semblent vouloir démontrer que les femmes qui ont développé une alliance thérapeutique positive avec leur thérapeute ont une meilleure santé mentale que les hommes, puisqu'il n'y a aucun indicateur de santé mentale qui est corrélé significativement à l'alliance thérapeutique chez ces derniers. Néanmoins, même si les résultats obtenus révèlent, à première vue, une différence importante entre les

hommes et les femmes en ce qui a trait aux corrélations significatives, il est actuellement impossible d'affirmer qu'il y a effectivement une différence entre eux, d'autant plus que les valeurs des coefficients sont similaires. Le nombre de participants masculins nettement insuffisant ne permet pas de comparer, avec une puissance statistique adéquate, leurs résultats avec ceux des participantes féminines.

Alliance thérapeutique selon ses sous-échelles

Tel que le démontrent les résultats, il y a deux sous-échelles du CALPAS, donc deux dimensions de l'alliance thérapeutique, qui sont corrélées significativement à la santé mentale et/ou à la satisfaction des clients envers la thérapie. Plus spécifiquement, la présence d'un consensus sur la stratégie de travail est la seule dimension de l'alliance thérapeutique capable de prédire significativement un seul indicateur de santé mentale (actualisation du potentiel) ainsi que le niveau de satisfaction envers la thérapie. Alors que l'engagement du client dans la thérapie a lui aussi une capacité prédictive mais uniquement sur la satisfaction envers la thérapie.

Les résultats ci-dessus rejoignent en quelque sorte les conclusions de Gaston et al. (1998) qui, après avoir examiné la capacité prédictive de chaque sous-échelle du CALPAS sur le résultat de la thérapie, définie en termes d'une diminution des symptômes dépressifs, ont constaté que les dimensions de l'alliance thérapeutique ont un impact différent selon l'approche psychothérapeutique préconisée par le clinicien. En

effet, l'engagement du client dans la thérapie est prédictif d'une diminution des symptômes dépressifs seulement en thérapie cognitive. La dimension de l'implication et de la compréhension du thérapeute est prédictive du résultat de la thérapie en thérapie dynamique brève. La présence d'un consensus sur la stratégie de travail serait la seule composante de l'alliance thérapeutique qui prédit significativement une diminution des symptômes dépressifs à travers les approches psychothérapeutiques suivantes : cognitive, bénaviorale et dynamique brève.

Comme la présente étude ne contient aucune information quant à l'approche utilisée par les cliniciens, il est difficile de comparer les résultats obtenus avec ceux de Gaston et al. (1998). Néanmoins, on peut tout de même constater, dans cette étude de Gaston et al., que la présence d'un consensus sur la stratégie de travail est la dimension de l'alliance thérapeutique qui semble être la plus prédictive du résultat de la thérapie. De plus, même s'il n'y a aucune étude recensée qui a étudié la capacité prédictive des dimensions de l'alliance thérapeutique sur la santé mentale des clients, il est tout de même intéressant de constater que l'actualisation du potentiel est le seul indicateur de santé mentale qui peut être prédict par une seule dimension de l'alliance thérapeutique en particulier, qui est l'engagement du client dans la thérapie. Une étude plus approfondie pourrait permettre d'aller au-delà de la simple relation qui existe entre l'actualisation du potentiel et l'alliance thérapeutique. Elle pourrait permettre d'identifier, entre autres, les éléments communs entre ces deux construits. Par ailleurs, les résultats obtenus dans la présente étude soulèvent un doute sur la pertinence de l'utilisation des sous-échelles de

l'alliance thérapeutique de Gaston et Marmor (1994). L'utilisation d'une autre échelle de mesure pour l'alliance thérapeutique aurait peut-être pu générer des résultats différents.

Forces et les limites de la recherche

Pertinence du sujet

Dans un contexte psychothérapeutique, l'enjeu principal est la santé psychologique des individus. Il apparaît donc pertinent que des chercheurs s'intéressent aux éléments reliés à l'atteinte d'une bonne santé mentale chez les clients, dont l'alliance thérapeutique. Ainsi, le peu d'écrits portant sur la relation entre l'alliance thérapeutique et la santé mentale des clients, le manque de recherches concernant la relation entre l'alliance thérapeutique et la dimension positive de la santé mentale (bien-être psychologique) ainsi que le manque de consensus dans les recherches existantes justifient la pertinence de la présente étude. D'ailleurs, c'est la première fois que l'alliance thérapeutique, définie selon le modèle théorique de Gaston (1991), est mise en relation avec le modèle théorique de la santé mentale élaboré par Labelle et al. (2000).

Alliance thérapeutique et âge des clients

La présente recherche a permis de mettre en évidence l'importance de la variable «âge» dans les relations qu'entretiennent l'alliance thérapeutique, la santé mentale et la

satisfaction envers la thérapie. Bien que Connolly et al. (2003) ont vérifié, lors de leur étude, l'influence de certaines variables socio-démographiques (le genre, le statut civil, l'origine ethnique et la scolarité) sur leurs résultats, ils n'ont pas pris en considération l'âge des répondants. En fait, aucune étude portant sur la qualité de l'alliance thérapeutique selon l'âge des clients n'a été répertoriée. La présente étude est donc la première qui a permis de démontrer que la relation entre l'alliance thérapeutique et la santé mentale varie en fonction de l'âge des clients.

Taille de l'échantillon

Au cours d'un processus psychothérapeutique, le recrutement des clients est généralement une tâche difficile pour les chercheurs et ce, en raison de l'état psychologique dans lequel les clients se trouvent ainsi que des contraintes déontologiques qui sont associées à ce recrutement. Ainsi, la présence d'un échantillon comprenant 90 personnes en cours d'un processus d'aide psychologique constitue un nombre appréciable de participants et ce, même si un nombre supérieur de participants aurait permis de trouver des réponses plus adéquates en ce qui a trait aux hypothèses et aux questions de recherche.

Pistes pour les recherches futures

Le fait que les résultats de cette étude ont permis d'identifier plusieurs variables qui peuvent influencer la relation entre l'alliance thérapeutique et la santé mentale, notamment l'âge des clients, les motifs de consultation et le nombre de séances complétées, est une autre force à considérer. En effet, les futurs chercheurs pourront ainsi évaluer l'impact de ces variables ou tout simplement les contrôler lors de leurs éventuelles recherches.

Par ailleurs, malgré les avantages qu'elle comporte, cette étude présente aussi certaines limites.

Limites méthodologiques

Recrutement des clients. Une des limites associées à cette étude se rapporte au recrutement des clients. Spécifiquement, pour bien préserver la confidentialité des clients, ce sont les thérapeutes, et non les expérimentateurs, qui ont présenté la recherche aux clients. Chaque thérapeute informait ses clients de la présente recherche et les clients décidaient par la suite s'ils voulaient y participer ou non. Cette façon de faire a donc permis aux thérapeutes de sélectionner, consciemment ou non, les clients à qui ils ont présenté la recherche. Ainsi, la sélection des clients est un facteur non contrôlé au sein de cette étude.

Évaluateur de l'alliance. Une autre limite associée à cette étude repose sur le fait que l'alliance thérapeutique a été évaluée uniquement par les clients. Comme le soulignent Ogrodniczuk et al. (2000), les clients, les thérapeutes et les observateurs diffèrent dans leur perception de l'alliance thérapeutique. Bien que la perception de l'alliance thérapeutique des clients semble être légèrement plus prédictive du résultat, il n'en demeure pas moins que la perception des thérapeutes aurait certainement apporté des informations supplémentaires quant à la relation entre l'alliance thérapeutique et les variables à l'étude.

Plan de l'expérience. Même s'il est difficile de réaliser une étude longitudinale dans le contexte d'un mémoire, le fait d'avoir effectué une étude de type transversal est une autre limite à considérer. En effet, la réalisation d'une étude longitudinale aurait permis, entre autres, de vérifier l'évolution de l'alliance thérapeutique et celle de la santé mentale de chaque client tout au long du processus psychothérapeutique. De plus, elle aurait permis de dresser un portrait plus complet des relations existantes entre l'alliance thérapeutique et les indicateurs de santé mentale. Cependant, le fait d'avoir vérifié les corrélations entre l'alliance et la santé mentale à différents moments dans la thérapie, dans la présente étude, permet une certaine compensation quant à cette limite reliée au choix d'une étude de type transversal.

Choix d'instruments. Malgré le fait que tous les instruments utilisés possèdent de bonnes qualités psychométriques, il y a tout de même lieu de s'interroger si, au plan

méthodologique, le choix de certains instruments de mesure, autres que ceux utilisés, aurait probablement généré des résultats différents. C'est le cas plus spécifiquement du Symptom Checklist-10 (SCL-10), de la Mesure du stress psychologique (MSP-25) et du California Psychotherapy Alliance Scales (CALPAS). En fait, pour mesurer les symptômes psychologiques des clients au cours d'une psychothérapie, l'utilisation de la version francophone du Target Complaint aurait probablement été plus appropriée au lieu de celle du SCL-10 car, cette mesure rapporte de meilleures corrélations avec l'alliance thérapeutique. De plus, l'utilisation de la version francophone du State-Trait Anxiety Inventory de Spielberger aurait peut-être été plus adéquate que la MSP-25 pour mesurer toutes les dimensions de l'anxiété incluses dans le modèle théorique de la santé mentale de Labelle et al. (2000). Finalement, il y a lieu de se questionner à savoir si des sous-échelles différentes de celles comprises dans le CALPAS auraient eu une plus grande capacité prédictive sur les indicateurs de santé mentale.

Recommandations pour les futures recherches

Étude longitudinale. Comme il est mentionné précédemment, cette étude transversale ne tient pas compte des fluctuations de l'alliance thérapeutique qui peuvent survenir tout au long de la psychothérapie pour chaque participant, de même qu'elle ne donne pas non plus d'information sur l'état de santé psychologique des clients au tout début du processus. Connaître l'état de santé des clients au départ et inclure des mesures d'alliance thérapeutique à la 3^e, à la 10^e, à la 15^e et à la fin du processus permettraient de

mieux comprendre et même d'aller au-delà de la simple présence d'une relation entre l'alliance thérapeutique, la santé mentale et la satisfaction des clients envers la thérapie.

Le motif de consultation. Le motif de consultation ou problématique des clients pourrait être abordé dans une prochaine étude sur la relation entre l'alliance thérapeutique et la santé mentale des clients. La présence de corrélations significatives entre l'alliance thérapeutique, l'anxiété et la dépression, lorsque ces motifs de consultation ne sont pas déterminants, ouvre une porte à l'exploration.

Autres facteurs à considérer. Sachant maintenant que l'âge des clients et que le nombre de séances de thérapie complétées semblent être des variables affectant les résultats, il serait pertinent d'étudier l'impact ces variables dans des recherches ultérieures. De plus, à la suite de leur étude, Robbins et al. (2000) ont constaté que les valeurs des gens changent et que les relations interpersonnelles prenaient de plus en plus d'importance en vieillissant. Une étude plus approfondie pourrait vérifier les liens entre l'alliance thérapeutique et la santé mentale, en tenant compte des valeurs des clients.

Étant donné le faible niveau des corrélations obtenues entre l'alliance thérapeutique et les indicateurs de santé mentale, il devient évident que l'alliance thérapeutique n'est pas la seule variable en relation avec la santé mentale. Il s'avère donc pertinent d'inclure, dans les recherches ultérieures, d'autres variables dans le modèle des relations entre l'alliance thérapeutique et la santé mentale des clients.

Conclusion

La préoccupation de plus en plus grande des cliniciens envers la santé mentale des clients et la mise en évidence du rôle déterminant de l'alliance thérapeutique, au cours d'une psychothérapie, ont suscité l'intérêt de certains chercheurs. En effet, quelques chercheurs sont parvenus à démontrer qu'il y a une relation significative entre l'alliance thérapeutique et la santé mentale des clients. Néanmoins, il est difficile de prendre réellement position et de généraliser leurs résultats. Les études sont peu nombreuses, il manque de convergence dans les résultats et la plupart de ces études n'ont pris en considération que la dimension négative de la santé mentale, notamment l'absence de troubles psychologiques. Par ailleurs, comme la recension des écrits a clairement démontré que la santé mentale comprend non seulement l'absence d'indices de détresse psychologique mais aussi la présence d'indices de bien-être psychologique, aucune étude recensée n'a évalué la relation entre l'alliance thérapeutique et les deux dimensions principales de la santé mentale.

Dans la présente étude, un intérêt particulier a donc été porté à la présence des deux dimensions principales de la santé mentale : la détresse psychologique et le bien-être psychologique. Spécifiquement, cette étude visait à vérifier, dans un premier temps, la relation entre l'alliance thérapeutique et la santé mentale des clients, tant dans sa dimension positive que négative. Dans un deuxième temps, elle a tenté de vérifier la relation entre l'alliance thérapeutique et la satisfaction des clients envers la thérapie, car

cette dernière semblait être un bon complément à l'alliance thérapeutique ainsi qu'aux indicateurs de santé mentale.

Selon les résultats de cette recherche, l'alliance thérapeutique est effectivement reliée à la santé mentale ainsi qu'à la satisfaction des clients envers la thérapie. En fait, de toutes les variables à l'étude, on peut constater que c'est la satisfaction envers la thérapie qui est la plus fortement corrélée à l'alliance thérapeutique. D'ailleurs, la force des corrélations obtenues permet de dire que ces deux variables sont fortement reliées. Pour ce qui est de la santé mentale, l'alliance thérapeutique est reliée à la majorité des indicateurs de bien-être psychologique, alors qu'elle est faiblement reliée à un seul indicateur de détresse psychologique.

En plus de considérer les deux dimensions principales du concept de la santé mentale, cette étude a également cherché à savoir si les corrélations obtenues variaient en fonction de certains facteurs : le nombre de séances en thérapie complétées, l'âge et le genre des clients. Après analyses, il s'avère que les corrélations diffèrent dépendamment du nombre de séances complétées ou de l'âge des clients. Plus spécifiquement, il semble que, d'une part, l'alliance thérapeutique est reliée aux indicateurs de santé mentale uniquement chez les personnes âgées de 35 ans et plus. Aucun indicateur de santé mentale ne semble être relié à l'alliance thérapeutique chez les 18-34 ans. D'autre part, la majorité des corrélations significatives, entre l'alliance thérapeutique et la santé mentale, se retrouvent chez les clients ayant complété entre 11

et 20 séances. Au-delà de 21 séances, l'alliance thérapeutique ne semble plus être reliée à aucun indicateur de santé mentale. Toutefois, cela ne veut pas dire pour autant que la présence d'une bonne alliance thérapeutique n'est pas reliée à la santé mentale des clients se situant hors de ces catégories car les résultats ne permettent pas une telle affirmation. En fait, on ne sait pas encore si les variations observées dans les résultats sont réellement dues à une question d'âge, de nombre de séances complétées ou tout simplement à des variables d'échantillonnage, notamment le contrôle des motifs de consultation dans les regroupements en fonction de l'âge et du nombre de séances complétées. Enfin, le nombre insuffisant de participants masculins fait en sorte qu'il est actuellement impossible d'affirmer si le genre des clients influence les corrélations entre l'alliance thérapeutique, la santé mentale et la satisfaction envers la thérapie.

Afin de comprendre plus à fond toutes les relations qui existent entre l'alliance thérapeutique, la santé mentale et la satisfaction envers la thérapie, ainsi que les facteurs susceptibles d'influencer ces relations, il faut pousser plus loin les investigations. En fait, cette étude amène plusieurs pistes intéressantes pour les chercheurs, si ces derniers prennent en considération les limites et les suggestions énumérées précédemment dans la discussion.

Éventuellement, il serait même très intéressant de réaliser une étude longitudinale qui permettrait d'étudier avec plus de rigueur les fluctuations de l'alliance thérapeutique, tout au long du processus psychothérapeutique, et leurs répercussions sur les indicateurs

de santé mentale. Des conclusions plus consistantes et plus justes sur la relation entre l'alliance thérapeutique et la santé mentale pourraient alors être formulées.

Il apparaît ainsi pertinent et même souhaitable de poursuivre les efforts afin de parvenir à une meilleure compréhension de la relation entre l'alliance thérapeutique, la santé mentale et la satisfaction des clients envers la psychothérapie, et aussi afin de mieux identifier les variables pertinentes. Les psychologues praticiens seraient alors à même de tenir compte des facteurs pertinents influençant l'alliance thérapeutique et la santé mentale des clients.

En conclusion, on peut affirmer que la qualité de l'alliance thérapeutique est reliée significativement à la satisfaction des clients envers la thérapie ainsi qu'à leur santé mentale, mais davantage dans sa dimension positive que négative. Néanmoins, les corrélations ne semblent pas être significatives pour tous les groupes d'âges ni pour tous les nombres de séances de thérapie complétées. La présente recherche apporte donc des informations utiles aux chercheurs qui s'intéressent à l'importance de l'alliance thérapeutique au cours d'une psychothérapie ou tout simplement aux cliniciens qui s'intéressent à l'établissement et au maintien d'une alliance thérapeutique positive avec leurs clients.

Références

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

American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4^e éd.). Washington, DC. : Auteur.

Asay, T. P., & Lambert, M. J. (2001). Therapist relational variables. Dans D. J. Cain, & J. Seeman (Éds), *Humanistic psychotherapies : Handbook of research and practice* (pp. 531-557). Washington, DC. : American Psychological Association.

Bachelor, A. (1995). Clients' perception of the therapeutic alliance : A qualitative analysis. *Journal of Counseling Psychology*, 42, 323-337.

Bachelor A., & Horvath, A. O. (1999). The therapeutic relationship. Dans M. A. Hubble, B. L. Dukan, & S. D. Miller (Éds), *The heart and soul of change* (pp. 133-178). Washington, DC. : American Psychological Association.

Barber, J. P., Connolly, M. B., Crits-Christoph, P., Gladis, L., & Siqueland, L. (2000). Alliance predicts patients' outcome beyond in-treatment change in symptoms. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 1027-1032.

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

Bergin, A. E., & Garfield, S. L. (1994). *Handbook of psychotherapy and behavior change* (4^e éd.). New-York : Wiley.

Bieschke, K. J., Bowman, G. D., Hopkins, M., Levine, H., & McFadden, K. (1995). Improvement and satisfaction with short-term therapy at a university counseling center. *Journal of College Student Development*, 36, 553-559.

- Blais, M. R., Vallerand, R. J., Pelletier, L. G., & Brière, N. M. (1989). L'échelle de satisfaction de vie : Validation canadienne-française du «Satisfaction with Life Scale». *Revue canadienne des sciences du comportement*, 21, 210-233.
- Bordin, E. S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy : Theory, research, and practice*, 16, 252-260.
- Bourgeois, L., Sabourin, S., & Wright, J. (1990). Predictive validity of therapeutic alliance in group marital therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 58, 608-631.
- Castonguay, C., Goldfield, M., Wier, S., Raue, P., & Hayes, J. (1996). Predicting the effect of cognitive therapy for depression : A study of unique and common factors. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 497-504.
- Cecero, J. J., Fenton, L. R., Nich, C., Frankforter, T. M., & Carroll, K. M. (2001). Focus on therapeutic alliance : The psychometric properties of six measures across three treatments. *Psychotherapy : Theory, Research, Practice, Training*, 38, 1-11.
- Chinman, M. J., Rosenheck, R., & Lam, J. A. (2000). The case management relationship and outcomes of homeless persons with serious mental illness. *Psychiatric Services*, 51, 1142-1147.
- Compton, W., Smith, M. L., Cornish, K. A., & Qualls, D. L. (1996). Factor structure of mental health measures. *Journal of Personality and Social Psychology*, 71, 406-413.
- Connolly, M. B., Crits-Christoph, P., De la Cruz, C., Barber, J. P., Siqueland, L., & Gladis, M. (2003). Pretreatment expectations, interpersonal functioning, and symptoms in the prediction of the therapeutic alliance across supportive-expressive psychotherapy and cognitive therapy. *Psychotherapy Research*, 13, 59-76.
- Contandriopoulos, A. P., Champagne, F., Potvin, L., Denis, J-L., & Boyle, P. (1990). *Savoir préparer une recherche : La définir, la structurer, la financer*. Montréal : Les Presses de l'Université de Montréal.

- De Roten, Y., Gillieron, E., Despland, J-N., & Stigler, M. (2002). Functions of mutual smiling and alliance building in early therapeutic interaction. *Psychotherapy Research, 12*, 193-212.
- Despland, J-N., De Roten, Y., Despars, J., Stigler, M., & Perry, J. C. (2001). Contribution of patient defense mechanisms and therapist interventions to the development of early therapeutic alliance in a brief psychodynamic investigation. *Journal of Psychotherapy : Practice & Research, 10*, 155-164.
- Diener, E. (1994). Assessing subjective well-being : Progress and opportunities. *Social Indicators Research, 31*, 103-107.
- Diener, E., Emmons, R. A., Larsen, R., & Griffin, S. (1985). The satisfaction with the life scale. *Journal of Personality Assessment, 49*, 71-75.
- Diener, E., Lucas, R. E., & Oishi, S. (2002). Subjective well-being : The science of happiness and life satisfaction. Dans C. R. Snyder, & S. J. Lopez (Éds), *Handbook of positive psychology* (pp. 60-74). New-York : Oxford University Press.
- Diener, E., & Rahtz, D. R. (2000). *Advances in quality of life theory and research*. Dordrecht : Kluwer Academic Publishers.
- Diener, E., Suh, E. M., Lucas, R. E., & Smith, H. L. (1999). Subjective well-being : Three decades of progress. *Psychological Bulletin, 125*, 276-302.
- Eames, V., & Roth, A. (2000). Patient attachment orientation and the early working alliance : A study of patient and therapist reports of alliance quality and ruptures. *Psychotherapy Research, 10*, 421-434.
- Eisen, S. V., Dickey, B., & Sederer, L. I. (2001). Increasing consumer involvement in treatment. Dans B. Dickey, & L. I. Sederer (Éds), *Improving mental health care : Commitment to quality* (pp. 275-284). Washington, DC. : American Psychiatric Publishing Inc.

- Feist, G. J., Bodner, T. E., Jacobs, J. F., Miles, M., & Tan, V. (1995). Integrating top-down and bottom-up structural models of subjective well-being. *Journal of Personality and Social Psychology, 68*, 138-150.
- Feldman, R. S., Giroux, S., & Gauchy, F. (1994). Introduction à la psychologie : Approches contemporaines. Montréal : Éditions Chenelière/McGraw-Hill.
- Fenton, L. R., Cecero, J. J., Nich, C.; Frankforter, T. M., & Carroll, K. M. (2001). Perspective is everything : The predictive validity of six working alliance instruments. *Journal of Psychotherapy Practice & Research, 10*, 262-268.
- Frank, A. F., & Gunderson, J. G. (1990). The role of the therapeutic alliance in the treatment of schizophrenia. *Archives of General Psychiatry, 47*, 228-236.
- Freud, S. (1966). The dynamics of transference. Dans J. Strachey (Ed. et Trad.), *The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud* (Vol.12) (pp. 99-108). London : Hogarth Press. (Ouvrage original publié en 1912).
- Frisch, M. B. (2000). Improving mental and physical health care through quality of life theory and research. Dans E. Diener, & D. R. Rahtz (Éds), *Advances in quality of life theory and research*. Dordrecht : Kluwer Academic Publishers.
- Gaston, L. (1990). The concept of the alliance and its role in psychotherapy : Theoretical and empirical considerations. *Psychotherapy, 27*, 143-153.
- Gaston, L. (1991). Reliability and criterion-related validity of the California Psychotherapy Alliance Scales. *Psychological Assessment : A Journal of Consulting and Clinical Psychology, 3*, 68-74.
- Gaston, L., & Marmar, C. R. (1994). The California Psychotherapy Alliance Scales. Dans A. O. Horvath, & L. S. Greenberg (Éds), *The working alliance : Theory, research, and practice* (pp. 85-108). New-York : John Wiley.

- Gaston, L., Marmor, C. R., Gallagher, D., & Thompson, L. W., (1991). Alliance prediction of outcome beyond in-treatment symptomatic change as psychotherapy progress. *Psychotherapy Research, 1*, 104-113.
- Gaston, L., Marmor, C. R., Thompson, L. W., & Gallagher, D. (1988). Relation of patient pretreatment characteristics to the therapeutic alliance in diverse psychotherapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 56*, 483-489.
- Gaston, L., Piper, W. E., Debbane, E. G., Bienvenue, J-P, & Garant, J. (1994). Alliance and technique for predicting outcome in short and long-term analytic psychotherapy. *Psychotherapy Research, 4*, 121-135.
- Gaston, L., Thompson, L., Gallagher, D., Cournoyer, L.-G., & Gagnon, R. (1998). Alliance, technique, and their interactions in predicting outcome of behavioral, cognitive, and brief dynamic therapy. *Psychotherapy Research, 8*, 190-209.
- Gauthier, J., Morin, C., Thériault F., & Lawson, J. S. (1982). Adaptation française d'une mesure d'auto-évaluation de l'intensité de la dépression. *Revue québécoise de psychologie, 3*, 13-17.
- Gladis, M. M., Gosh, E. A., Dishuk, N. M., & Crits-Christoph, P. (1999). Quality of life : Expanding the scope of clinical significance. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 67*, 320-331.
- Gonzalez, D. M. (2001). Client variables and psychotherapy outcomes. Dans D. J. Cain, & J. Seeman (Éds), *Humanistic psychotherapies : Handbook of research and practice* (pp. 559-578). Washington, DC. : American Psychological Association.
- Goudreau, A., & Côté, G. (2001). La bibliothérapie : Comment favoriser l'alliance thérapeutique. *Revue québécoise de psychologie, 22*, 7-26.
- Greenson, R. R. (1965). The working alliance and the transference neuroses. *Psychoanalysis Quarterly, 34*, 155-181.

- Hatcher, R. L., & Barends, A. W. (1996). Patients' view of the alliance in psychotherapy : Exploring factor analysis in three alliance measures. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 1326-1336.
- Hausner, R. S. (2000). The therapeutic and working alliances. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 48, 155-187.
- Headley, B., Kelley, J., & Wearing, A. (1993). Dimensions of mental health : Life satisfaction, positive affect, anxiety and depression. *Social Indicators Research*, 29, 63-82.
- Heatherton, T. F., & Wyland, C. L. (2003). Assessing self-esteem. Dans S. J. Lopez, & C. R. Snyder (Éds), *Positive psychological assessment : A handbook of models and measures* (pp. 219-234). Washington, DC. : American Psychological Association.
- Hersoug, A. G., Monsen, J. T., Havik, O. E., & Høglend, P. (2002). Quality of early working alliance in psychotherapy : Diagnoses, relationship and intrapsychic variables as predictors. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 71, 18-27.
- Hersoug, A. G., Høglend, P., Monsen, J. T., & Havik, O. E. (2001). Quality of working alliance in psychotherapy : Therapist variables and patient / therapist similarity as predictors. *Journal of Psychotherapy Practice & Research*, 10, 205-216.
- Horvath, A. O. (2000). The therapeutic relationship : From transference to alliance. *Journal of Clinical Psychology Special Issue : Millennium issue*, 56, 163-173.
- Horvath, A. O. (2001). The alliance. *Psychotherapy : Theory, Research, Practice, Training*, 38, 365-372.
- Horvath, A. O., Gaston, L., & Luborsky, L. (1993). The therapeutic alliance and its measures. Dans N. E. Miller, L. Luborsky, J. P. Barber, & J. P. Docherty (Éds), *Psychodynamic treatment research* (pp. 247-273). New-York : BasicBooks.
- Horvath, A. O., & Greenberg, L. S. (1989). Development and validation of the working alliance inventory. *Journal of Counseling Psychology*, 36, 223-233.

- Horvath, A. O., & Luborsky, L. (1993). The role of the therapeutic alliance in psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 61*, 561-573.
- Horvath, A. O., & Symonds, D. B. (1991). Relation between working alliance and outcome in psychotherapy : A meta-analysis. *Journal of Counseling Psychology, 38*, 139-149.
- Howgego, I. M., Yellowless, P., Owen, C., Meldrum, L., & Dark, F. (2003). The therapeutic alliance : The key to effective patient outcome ? A descriptive review of the evidence in community mental health case management. *Australian & New-Zealand Journal of Psychiatry, 37*, 169-183.
- IsHak, W. W., Burt, T., & Sederer, L. I. (2002). *Outcome measurement in psychiatry: A critical review*. Washington, DC. : American Psychiatric Press Inc.
- Iwakabe, S., Rogan, K., & Stalikas, A. (2000). The relationship between client emotional expressions, therapist interventions, and the working alliance : An exploration of eight emotional expression events. *Journal of Psychotherapy Integration, 10*, 375-401.
- Jacobs, T. (2000). On beginnings : The concept of the therapeutic alliance and the interplay of transferences in the opening phase. Dans S. T. Levy (Éd.), *The therapeutic alliance* (pp. 17-34). Madison : International Universities Press.
- Janowsky, D. S. (1999). *Psychotherapy indications and outcomes*. Washington, DC. : American Psychiatric Press Inc.
- Johansson, H., & Eklund, M. (2003). Patients' opinion on what constitutes good psychiatric care. *Nordic College of Caring Sciences, 17*, 339-346.
- Jordan, K. (2003). Relating therapeutic working alliance to therapy outcome. *Family Therapy, 30*, 95-108.

- Joyce, A. S., & Piper, W. E. (1998). Expectancy, the therapeutic alliance, and treatment outcome in short-term individual psychotherapy. *Journal of Psychotherapy Practice and Research*, 7, 236-248.
- Kaufman, M. (2000). Effects of therapist self-monitoring on therapeutic alliance and subsequent therapeutic outcome. *Clinical Supervisor*, 19, 41-59.
- Keller, M. B., Shapiro, R. W., Lavori, P. W., & Wolfe, N. (1982). Relapse in major depressive disorder : Analysis with the life event table. *Archives of General Psychiatry*, 39, 911-915.
- Keyes, C. L. (2003). Complete mental health : An agenda for the 21st century. Dans C. L. Keyes, & J. Haidt (Eds), *Flourishing : Positive psychology and the life well-lived* (pp. 293-312). Washington, DC. : American Psychological Association.
- Keyes, C. L., & Haidt, J. (2003). *Flourishing : Positive psychology and the life well-lived*. Washington, DC. : American Psychological Association.
- Keyes, C. L., & Lopez, S. J. (2002). Toward a science of mental health : Positive directions in diagnosis and interventions. Dans C. R. Snyder, & S. J. Lopez (Eds), *Handbook of positive psychology* (pp. 45-59). New-York : Oxford University Press.
- Kozart, M. F. (2002). Understanding efficacy in psychotherapy : An ethnomethodological perspective on the therapeutic alliance. *American Journal of Orthopsychiatry*, 72, 217-231.
- Labelle, R., Bastin, É., Dubé, M., Alain, M., Bouffard, L., & Lapierre, S. (2000). Bien-être et détresse psychologique : Vers un modèle hiérarchique cognitivo-affectif en santé mentale. *Revue québécoise de psychologie*, 21, 71-87.
- Lambert, M. J., & Barley, D. E. (2001). Research summary on the therapeutic relationship and psychotherapy outcome. *Psychotherapy : Theory, Research, Practice, Training*, 38, 357-361.

- Larsen, D. L., Attkisson, C. C., Hargreaves, W., & Nguyen, T. D. (1979). Assessment of client/patient satisfaction : Development of a general scale. *Evaluation and Program Planning*, 2, 197-207.
- Leclerc, G., Lefrançois, R., Dubé, M., Hébert, R., & Gaulin, P. (1998). *Manuel d'utilisation de la mesure d'actualisation du potentiel*. Sherbrooke : Centre de recherche en gérontologie et gériatrie.
- Lemyre, L., Tessier, R., & Fillion L. (1988). *Mesure du stress psychologique*. Brossard : Éditions Béhaviora Inc.
- Lightsey, O. W. (1996). What leads to wellness ? The role of psychological resources in well-being. *The Counseling Psychologist*, 24, 589-735.
- Long, J. R. (2001). Goal agreement and early therapeutic change. *Psychotherapy*, 38, 219-232.
- Luborsky, L. (1994). Therapeutic alliances as predictors of psychotherapy outcomes: Factors explaining the predictive success. Dans A. O. Horvath, & L. S. Greenberg (Éds), *The working alliance : Theory, research, and practice* (pp. 38-50). New-York : John Wiley.
- Lusting, D. C., Strauser, D. R., Rice, N. D., & Rucker, T. F. (2002). The relationship between working alliance and rehabilitation outcomes. *Rehabilitation Counseling Bulletin*, 46, 24-32.
- Marineau, R. F. (2000). De quelques leçons de l'histoire. *Psychologie Québec*, 15, 19-36.
- 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.
- Moras, K., & Strupp, H. H. (1982). Pretherapy interpersonal relations, patients' alliance, and outcome in brief therapy. *Archives of General Psychiatry*, 39, 405-409.

- Muran, C. J. (2002). A relational approach to understanding change : Plurality and contextualism in a psychotherapy research program. *Psychotherapy Research, 12*, 113-138.
- Muran, C. J., Gorman, B., Safran J. D., & Twining, L. (1995). Linking in-session change to overall outcome in short-term cognitive therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 63*, 651-657.
- Myers, D. G., & Diener, E. (1997). La poursuite scientifique du bonheur. *Revue québécoise de psychologie, 18*, 13-28.
- 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.
- Ogrodniczuk, J. S., Piper, W. E., Joyce, A., & McCallum, M. (2000). Different perspectives of the therapeutic alliance and therapist technique in two forms of dynamically oriented psychotherapy. *Canadian Journal of Psychiatry, 45*, 452-458.
- Olds S. W., & Papalia, D. E. (1996). *Le développement de la personne* (4^e éd). Laval : Éditions Études Vivantes.
- Overholser, J. C. (2002). Contemporary psychotherapy : Gold mines and land mines. *Journal of Contemporary Psychotherapy, 32*, 249-258.
- Paradise, A. W., & Kernis M. H. (2002). Self-esteem and psychological well-being : Implications of fragile self-esteem. *Journal of Social and Clinical Psychology, 21*, 345-361.
- Pelletier, L. G., Tuson, K. M., & Haddad, N. K. (1997). Client Motivation of Therapy Scale : A measure of intrinsic motivation, extrinsic motivation, and amotivation for therapy. *Journal of Personality Assessment, 68*, 414-435.

- Ramana, R., Paykel, E. S., Cooper, Z., Hayhurst, H., Saxty, M., & Surtees, P. G. (1995). Remission and relapse in major depression : A two-year prospective follow-up study. *Psychological Medicine, 25*, 1161-1170.
- Reis, H. T., & Gable, S. L. (2003). Toward a positive psychology of relationship. Dans C. L. Keyes, & J. Haidt (Éds), *Flourishing : Positive psychology and the life well-lived* (pp. 129-159). Washington, DC. : American Psychological Association.
- Robbins, S. B., & Kliewer, W. L. (2000). Advances in theory and research on subjective well-being. Dans S. D. Brown, & R. W. Lent (Éds), *Handbook of consulting psychology* (pp. 310-345). New-York : John Wiley & Sons Inc.
- Rogers, C. R. (1957). The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. *Journal of Consulting Psychology, 21*, 95-103.
- Ryan R. M., & Deci E. L. (2000). On happiness and human potentials : A review of research on hedonic and eudaimonic well-being. *Annual Review of Psychology, 52*, 141-166.
- Ryff, C. D. (1989). Happiness is everything, or is it ? Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology, 57*, 1069-1081.
- Safran, J., & Muran, J. C. (1996). The resolution of ruptures in the therapeutic alliance. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 64*, 447-458.
- Safran, J. D., & Wallner, L. K. (1991). The relative predictive validity of two therapeutic alliance measures in cognitive therapy. *Psychological Assessment : A Journal of Consulting and Clinical Psychology, 3*, 188-195.
- Saketopoulou, A. (1999). The therapeutic alliance in psychodynamic psychotherapy : Theoretical conceptualizations and research findings. *Psychotherapy : Theory, Research, Practice, Training, 36*, 329-342.

- Saunders, S. M. (2000). Examining the relationship between the therapeutic bond and the phases of treatment outcome. *Psychotherapy, 37*, 206-218.
- Saunders, S. M. (2001). Pretreatment correlates of the therapeutic bond. *Journal of Clinical Psychology, 57*, 1339-1352.
- Sexton, H. (1996). Process, life events, and symptomatic change in brief eclectic psychotherapy. *Journal of Clinical and Consulting Psychology, 64*, 1358-1365.
- Shmotkin, D. (1998). Declarative and differential aspects of subjective well-being and its implications for mental health in later life. Dans J. Lompranz (Éd.), *Handbook of aging and mental health : An integrative approach* (pp. 15-43). New-York : Plenum Press.
- Solomon, P., Draine, J., & Delaney, M. A. (1995). The working alliance and consumer case management. *Journal of Mental Health Administration, 22*, 126-134.
- Spielberger, C. D. (1988). State-Trait Anxiety Inventory. Dans M. Hersen, & A. S. Bellack (Éds). *Dictionary of behavioral assessment techniques* (pp. 448-450). New-York : Pergamon Press.
- Stiles, W., Shapiro, D. A., & Elliott, R. (1986). Are all psychotherapies equivalent ? *American Psychologist, 41*, 165-180.
- 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.
- Waddington, L. (2002). The therapy relationship in cognitive therapy : A review. *Behavioural & Cognitive Psychotherapy, 30*, 179-192.
- Watson, J. C., & Greenberg, L. S. (2000). Alliance ruptures and repairs in experiential therapy. *Journal of Clinical Psychology, 56*, 175-186.

Wells, M. G., Burlingame, G. M., Lambert, M. J., Hoag, M. J., & Hope, C. A. (1996). Conceptualization and measurement of patient change during psychotherapy : Development of the outcome questionnaire and youth outcome questionnaire. *Psychotherapy : Theory, Research, Practice, Training*, 33, 275-283.

Wissing, M. P., & Van Eeden, C. (2002). Empirical clarification of the nature of psychological well-being. *South African Journal of Psychology*, 32, 32-44.

Zautra, A. J. (2003). *Emotions, stress and health*. London : Oxford University Press.

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

Appendice A

Lettre explicative de la recherche

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. Les questions traitent essentiellement de vos pensées et de vos sentiments en regard de votre expérience de la thérapie. On m'a demandé de vous distribuer ce questionnaire que vous pouvez apporter pour y répondre à la maison. Quand vous remplissez le questionnaire, il est très important que le fassiez dans un endroit tranquille où vous ne serez pas interrompu. Cela ne vous prendra probablement pas plus de 60 minutes. Quand vous aurez rempli le formulaire de consentement et complété le questionnaire, nous vous demandons de les placer dans l'enveloppe pré affranchie et pré adressée à l'Université du Québec à Chicoutimi puis de la poster aux chercheurs.

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 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 B

Formulaires de consentement

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

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT :
PARTICIPATION À L'ÉTUDE DIRIGÉE PAR LES PROFESSEURS
GILLES LALANDE, PIERRE CÔTÉ 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 questionnaire 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: _____

Numéro de téléphone: (_____) _____

Date: _____ / _____ / _____
Jour Mois Année

Les responsables de l'étude sont :

Gilles Lalande, Ph.D. Pierre Côté, 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

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, Pierre Côté 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 C

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 complétez 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 pré affranchie ci-jointe et de la poster 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.

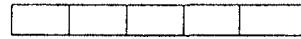
Claudie Émond, Ph.D.

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

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. Encercler, 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.

			Né 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



COMMENT VOUS SENTEZ-VOUS PENDANT LA THÉRAPIE?

Pour chacun des énoncés suivants, encerclez le chiffre (de 1 à 7) qui correspond le mieux à votre situation.

				Ne correspond pas du tout	Correspond modérément	Correspond exactement	
1.	Je suis habituellement tendu pendant mes séances de thérapie.	1	2	3	4	5	6 7
2.	Je suis distract pendant mes séances de thérapie.	1	2	3	4	5	6 7
3.	Je suis généralement heureux pendant mes séances de thérapie.	1	2	3	4	5	6 7
4.	Je suis généralement un client anxieux.	1	2	3	4	5	6 7
5.	Je suis habituellement absorbé par les discussions que j'ai avec mon thérapeute.	1	2	3	4	5	6 7
6.	Je suis généralement détendu pendant mes séances de thérapie.	1	2	3	4	5	6 7
7.	J'éprouve une grande liberté pendant mes séances de thérapie.	1	2	3	4	5	6 7
8.	Je me sens trop contrôlé pendant mes séances de thérapie.	1	2	3	4	5	6 7
9.	Je sens que les choses que j'aborde en thérapie sont vraiment celles dont je veux discuter.	1	2	3	4	5	6 7
10.	Je suis généralement de bonne humeur pendant mes séances de thérapie.	1	2	3	4	5	6 7
11.	Je sens que plusieurs choses que je travaille en dehors de la thérapie me sont imposées plutôt que choisies par moi.	1	2	3	4	5	6 7
12.	Pendant une séance de thérapie, il m'arrive parfois de penser à autres choses.	1	2	3	4	5	6 7

ATTENTES FACE À LA THÉRAPIE

À l'aide de l'échelle de 1 à 5 ci-dessous, veuillez indiquer votre degré d'accord avec les énoncés suivants en encerclant le chiffre approprié à la droite de chaque énoncé.

				Ne correspond pas du tout		Correspond exactement	
1.	Je suis en thérapie car je sens qu'il est très important pour moi d'effectuer certains changements dans ma vie.	1	2	3	4	5	
2.	Ce serait très décevant pour moi si j'étais incapable de quitter la thérapie avec le sentiment d'avoir progressé.	1	2	3	4	5	
3.	Très honnêtement, je ne me préoccupe pas de la réussite de ma thérapie.	1	2	3	4	5	

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

	Jamais		Assez Souvent		Toujours		
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

INTENTION DE POURSUIVRE LA THÉRAPIE

À l'aide de l'échelle de 1 à 7 ci-dessous, veuillez indiquer dans quelle mesure chaque énoncé correspond à vos intentions de poursuivre la thérapie en encerclant le chiffre approprié à la droite de chaque énoncé.

		Ce n'est pas du tout mon intention			C'est exactement mon intention		
1. Je pense à arrêter la thérapie.		1	2	3	4	5	6 7
2. Je n'ai absolument pas l'intention de poursuivre la thérapie.		1	2	3	4	5	6 7
3. Je prévois demeurer en thérapie jusqu'à ce que mon thérapeute et moi décidions que la thérapie n'est plus nécessaire.		1	2	3	4	5	6 7
4. Je resterai en thérapie aussi longtemps qu'il sera nécessaire pour résoudre ma situation actuelle.		1	2	3	4	5	6 7

CALPAS

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

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

	Pas du tout	Un peu	Quelque peu	Passablement	Plutôt	Assez	Beaucoup
1. Avez-vous été tenté de mettre fin à la thérapie lorsque vous étiez fâché(e) ou déçu(e)?	1	2	3	4	5	6	7
2. Vous êtes-vous senti(e) pressé(e) par votre thérapeute de changer avant que vous ne soyez prêt(e)?	1	2	3	4	5	6	7
3. Lorsque votre thérapeute a émis un commentaire sur une situation, y a-t-il eu dans votre esprit, référence à d'autres situations semblables dans votre vie?	1	2	3	4	5	6	7
4. Aviez-vous l'impression que, même si vous aviez des moments de doute, de confusion ou de méfiance, l'ensemble de la thérapie était valable?	1	2	3	4	5	6	7
5. Est-ce que les commentaires de votre thérapeute vous ont amené à croire qu'il(elle) plaçait ses besoins avant les vôtres?	1	2	3	4	5	6	7
6. Lorsque des choses importantes vous sont venues à l'esprit, jusqu'à quel point les avez-vous gardées pour vous-même plutôt que de les partager avec votre thérapeute?	1	2	3	4	5	6	7
7. Vous êtes-vous senti(e) accepté(e) et respecté(e) pour ce que vous êtes par votre thérapeute?	1	2	3	4	5	6	7
8. Jusqu'à quel point avez-vous retenu vos sentiments durant cette séance?	1	2	3	4	5	6	7
9. Avez-vous trouvé les commentaires de votre thérapeute non aidants, c'est-à-dire portant à confusion, non à propos ou ne s'appliquant pas à vous?	1	2	3	4	5	6	7
10. Avez-vous eu l'impression de travailler en collaboration avec votre thérapeute, unis dans un même effort pour surmonter vos problèmes?	1	2	3	4	5	6	7

	Pas du tout	Un peu	Quelque peu	Passablement	Plutôt	Assez	Beaucoup
11. Jusqu'à quel point vous êtes-vous senti(e) libre de parler de sujets personnels dont vous avez honte en situation ordinaire ou que vous avez peur de révéler?	1	2	3	4	5	6	7
12. Durant cette séance, jusqu'à quel point étiez-vous prêt(e) à continuer à vous débattre avec vos problèmes, même si vous ne pouviez pas trouver une solution immédiate?	1	2	3	4	5	6	7
13. Au cours de la séance, jusqu'à quel point votre thérapeute s'est-il(e) montré(e) prêt(e) à vous aider à surmonter vos difficultés?	1	2	3	4	5	6	7
14. Avez-vous eu l'impression d'être en désaccord avec votre thérapeute sur le type de changements que vous vouliez apporter dans votre vie par cette thérapie?	1	2	3	4	5	6	7
15. Jusqu'à quel point vous êtes vous senti(e) contrarié(e) par les investissements en temps, en argent ou autres inhérents à votre thérapie?	1	2	3	4	5	6	7
16. Avez-vous eu l'impression que votre thérapeute comprenait ce que vous désiriez obtenir de cette séance?	1	2	3	4	5	6	7
17. Au cours de cette séance, jusqu'à quel point était-il important pour vous d'envisager les façons dont vous pouviez contribuer à régler vos propres problèmes?	1	2	3	4	5	6	7
18. Jusqu'à quel point avez-vous pensé que la thérapie n'était pas le meilleur moyen d'obtenir de l'aide pour vos problèmes?	1	2	3	4	5	6	7
19. Est-ce que le traitement que vous avez reçu au cours de cette séance correspond à vos idées à propos de ce qui aide les gens en thérapie?	1	2	3	4	5	6	7
20. Avez-vous eu l'impression de travailler en désaccord avec votre thérapeute, de ne pas avoir la même conception des moyens à prendre pour obtenir l'aide que vous vouliez?	1	2	3	4	5	6	7
21. Jusqu'à quel point avez-vous eu confiance en vos propres efforts et en ceux de votre thérapeute pour obtenir un certain soulagement face à vos problèmes?	1	2	3	4	5	6	7
22. Aviez-vous l'impression d'être incapable d'approfondir votre compréhension de ce qui vous dérange?	1	2	3	4	5	6	7
23. Jusqu'à quel point étiez-vous en désaccord avec votre thérapeute sur les points les plus importants à travailler au cours de cette séance?	1	2	3	4	5	6	7
24. Jusqu'à quel point votre thérapeute vous a-t-il(e) aidé(e) à obtenir une compréhension plus approfondie de vos problèmes?	1	2	3	4	5	6	7

SATISFACTION

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

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

Excellent	Bonne	Passable	Pauvre
4	3	2	1

2. Recevez-vous le genre de service que vous souhaitez?

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

3. Dans quelle mesure la thérapie, que vous suivez présentement, rencontre-t-elle vos besoins?

Presque tous mes besoins sont rencontrés	La plupart de mes besoins sont rencontrés	Seulement une partie de mes besoins sont rencontrés	Aucun de mes besoins ne sont rencontrés
4	3	2	1

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

CE QUE JE PENSE

Voici une liste d'énoncés qui peuvent être ou ne pas être de bonnes descriptions de vous-mêmes. À l'aide de l'échelle de 1 à 6 ci-dessous, veuillez indiquer dans quelle mesure chacun des énoncés suivants vous décrit, en encerclant le chiffre correspondant, à droite de chacun des énoncés. Comme il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses, nous vous demandons de répondre le plus honnêtement et le plus précisément possible.

		Ne correspond pas du tout	Correspond modérément	Correspond exactement		
1.	Que je devienne ou non un leader dépend surtout de mes habiletés.	1	2	3	4	5
2.	Ma vie est en grande partie contrôlée par des événements accidentels.	1	2	3	4	5
3.	J'ai l'impression que ce qui arrive dans ma vie est principalement déterminé par le pouvoir des autres.	1	2	3	4	5
4.	Lorsque je fais des projets, je suis presque certain(e) de les réaliser.	1	2	3	4	5
5.	Souvent, je n'ai pas la chance de protéger mes intérêts personnels des malchances qui arrivent.	1	2	3	4	5
6.	Lorsque j'obtiens ce que je veux, c'est généralement parce que je suis chanceux(se).	1	2	3	4	5
7.	Même si j'avais les qualités pour être un bon leader, je ne pourrais le devenir à moins de jouer le jeu des personnes en position de pouvoir	1	2	3	4	5
8.	Le nombre d'amis que j'ai dépend du fait que je suis une personne agréable.	1	2	3	4	5
9.	J'ai souvent observé que ce qui doit arriver, arrivera.	1	2	3	4	5
10.	Ma vie est principalement contrôlée par le pouvoir des autres.	1	2	3	4	5
11.	Les gens comme moi ont très peu de chance de protéger leurs intérêts personnels lorsqu'ils entrent en conflit avec les intérêts de personnes en position de pouvoir.	1	2	3	4	5
12.	Il n'est pas toujours sage pour moi de planifier trop longtemps d'avance parce que trop de choses relèvent de la bonne ou de la mauvaise fortune.	1	2	3	4	5
13.	Pour obtenir ce que je veux, je dois plaire aux personnes qui sont au-dessus de moi.	1	2	3	4	5
14.	Le fait que je devienne ou non un leader dépend de la chance que j'ai d'être à la bonne place au bon moment.	1	2	3	4	5
15.	Si des personnes importantes décidaient qu'elles ne m'aiment pas, je ne me ferais probablement pas d'amis.	1	2	3	4	5
16.	Je suis relativement en mesure de déterminer ce qui arrivera dans ma vie.	1	2	3	4	5
17.	Je suis habituellement capable de protéger mes intérêts personnels.	1	2	3	4	5
18.	Lorsque j'obtiens ce que je veux, c'est généralement parce que j'ai travaillé fort pour l'obtenir.	1	2	3	4	5
19.	Pour que mes projets fonctionnent, je m'assure qu'ils correspondent aux désirs des gens qui ont du pouvoir sur moi.	1	2	3	4	5
20.	Ma vie est déterminée par mes propres actions.	1	2	3	4	5
21.	Le fait que j'ai peu ou beaucoup d'amis est principalement une question de destin.	1	2	3	4	5

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

	Jamais	Rarement	Parfois	Fréquem- ment	Presque toujours
1. Je m'entends bien avec mon entourage.	<input type="checkbox"/> 04	<input type="checkbox"/> 03	<input type="checkbox"/> 02	<input type="checkbox"/> 01	<input type="checkbox"/> 00
2. Je me fatigue rapidement.	<input type="checkbox"/> 00	<input type="checkbox"/> 01	<input type="checkbox"/> 02	<input type="checkbox"/> 03	<input type="checkbox"/> 04
3. Rien ne m'intéresse.	<input type="checkbox"/> 00	<input type="checkbox"/> 01	<input type="checkbox"/> 02	<input type="checkbox"/> 03	<input type="checkbox"/> 04
4. Je me sens stressé(e) au travail ou à l'école.	<input type="checkbox"/> 00	<input type="checkbox"/> 01	<input type="checkbox"/> 02	<input type="checkbox"/> 03	<input type="checkbox"/> 04
5. J'ai tendance à me blâmer.	<input type="checkbox"/> 00	<input type="checkbox"/> 01	<input type="checkbox"/> 02	<input type="checkbox"/> 03	<input type="checkbox"/> 04
6. Je me sens irritable.	<input type="checkbox"/> 00	<input type="checkbox"/> 01	<input type="checkbox"/> 02	<input type="checkbox"/> 03	<input type="checkbox"/> 04
7. Je me sens malheureux(se) dans ma relation amoureuse.	<input type="checkbox"/> 00	<input type="checkbox"/> 01	<input type="checkbox"/> 02	<input type="checkbox"/> 03	<input type="checkbox"/> 04
8. J'ai des pensées suicidaires.	<input type="checkbox"/> 00	<input type="checkbox"/> 01	<input type="checkbox"/> 02	<input type="checkbox"/> 03	<input type="checkbox"/> 04
9. Je me sens faible.	<input type="checkbox"/> 00	<input type="checkbox"/> 01	<input type="checkbox"/> 02	<input type="checkbox"/> 03	<input type="checkbox"/> 04
10. Je me sens craintif(ve).	<input type="checkbox"/> 00	<input type="checkbox"/> 01	<input type="checkbox"/> 02	<input type="checkbox"/> 03	<input type="checkbox"/> 04
11. Après avoir beaucoup bu, j'ai besoin d'un verre d'alcool le lendemain matin pour commencer ma journée (si vous ne consommez pas d'alcool, indiquez « jamais »).	<input type="checkbox"/> 00	<input type="checkbox"/> 01	<input type="checkbox"/> 02	<input type="checkbox"/> 03	<input type="checkbox"/> 04
12. Je trouve mon travail ou l'école satisfaisant(e).---	<input type="checkbox"/> 04	<input type="checkbox"/> 03	<input type="checkbox"/> 02	<input type="checkbox"/> 01	<input type="checkbox"/> 00
13. Je suis une personne heureuse.	<input type="checkbox"/> 04	<input type="checkbox"/> 03	<input type="checkbox"/> 02	<input type="checkbox"/> 01	<input type="checkbox"/> 00
14. Je travaille ou j'étudie trop.	<input type="checkbox"/> 00	<input type="checkbox"/> 01	<input type="checkbox"/> 02	<input type="checkbox"/> 03	<input type="checkbox"/> 04
15. Je me sens inutile.	<input type="checkbox"/> 00	<input type="checkbox"/> 01	<input type="checkbox"/> 02	<input type="checkbox"/> 03	<input type="checkbox"/> 04
16. Je suis préoccupé(e) par des problèmes familiaux.	<input type="checkbox"/> 00	<input type="checkbox"/> 01	<input type="checkbox"/> 02	<input type="checkbox"/> 03	<input type="checkbox"/> 04
17. Ma vie sexuelle n'est pas satisfaisante.	<input type="checkbox"/> 00	<input type="checkbox"/> 01	<input type="checkbox"/> 02	<input type="checkbox"/> 03	<input type="checkbox"/> 04
18. Je me sens seul(e).	<input type="checkbox"/> 00	<input type="checkbox"/> 01	<input type="checkbox"/> 02	<input type="checkbox"/> 03	<input type="checkbox"/> 04
19. Je me dispute souvent.	<input type="checkbox"/> 00	<input type="checkbox"/> 01	<input type="checkbox"/> 02	<input type="checkbox"/> 03	<input type="checkbox"/> 04
20. Je me sens aimé(e) et apprécié(e).	<input type="checkbox"/> 04	<input type="checkbox"/> 03	<input type="checkbox"/> 02	<input type="checkbox"/> 01	<input type="checkbox"/> 00
21. J'apprécie mes temps libres.	<input type="checkbox"/> 04	<input type="checkbox"/> 03	<input type="checkbox"/> 02	<input type="checkbox"/> 01	<input type="checkbox"/> 00
22. J'ai de la difficulté à me concentrer.	<input type="checkbox"/> 00	<input type="checkbox"/> 01	<input type="checkbox"/> 02	<input type="checkbox"/> 03	<input type="checkbox"/> 04
23. J'ai perdu espoir en l'avenir.	<input type="checkbox"/> 00	<input type="checkbox"/> 01	<input type="checkbox"/> 02	<input type="checkbox"/> 03	<input type="checkbox"/> 04
24. Je m'aime.	<input type="checkbox"/> 04	<input type="checkbox"/> 03	<input type="checkbox"/> 02	<input type="checkbox"/> 01	<input type="checkbox"/> 00
25. Des pensées troublantes, dont je ne peux pas me débarrasser, me viennent à l'esprit.	<input type="checkbox"/> 00	<input type="checkbox"/> 01	<input type="checkbox"/> 02	<input type="checkbox"/> 03	<input type="checkbox"/> 04
26. Je suis contrarié(e) lorsque les gens critiquent ma consommation d'alcool ou de drogues (indiquez « jamais » si cet énoncé ne s'applique pas).	<input type="checkbox"/> 00	<input type="checkbox"/> 01	<input type="checkbox"/> 02	<input type="checkbox"/> 03	<input type="checkbox"/> 04
27. J'ai des troubles de digestion.	<input type="checkbox"/> 00	<input type="checkbox"/> 01	<input type="checkbox"/> 02	<input type="checkbox"/> 03	<input type="checkbox"/> 04
28. Je ne travaille ou je n'étudie pas aussi bien qu'avant.	<input type="checkbox"/> 00	<input type="checkbox"/> 01	<input type="checkbox"/> 02	<input type="checkbox"/> 03	<input type="checkbox"/> 04
29. Mon cœur bat trop fort.	<input type="checkbox"/> 00	<input type="checkbox"/> 01	<input type="checkbox"/> 02	<input type="checkbox"/> 03	<input type="checkbox"/> 04
30. J'ai de la difficulté à bien m'entendre avec des ami(e)s et des connaissances proches.	<input type="checkbox"/> 00	<input type="checkbox"/> 01	<input type="checkbox"/> 02	<input type="checkbox"/> 03	<input type="checkbox"/> 04
31. Je suis satisfait(e) de ma vie.	<input type="checkbox"/> 04	<input type="checkbox"/> 03	<input type="checkbox"/> 02	<input type="checkbox"/> 01	<input type="checkbox"/> 00
32. J'ai de la difficulté au travail ou à l'école à cause de ma consommation d'alcool ou de drogues (indiquez « jamais » si cet énoncé ne s'applique pas).	<input type="checkbox"/> 00	<input type="checkbox"/> 01	<input type="checkbox"/> 02	<input type="checkbox"/> 03	<input type="checkbox"/> 04

MI45 (suite)

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

	Jamais	Rarement	Parfois	Fréquem- ment	Presque toujours
33. J'ai le sentiment que quelque chose de mauvais va se produire.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
34. Mes muscles sont endoloris.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
35. J'ai peur des grands espaces, de conduire, ou d'être dans un autobus, un métro, etc.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
36. Je me sens nerveux(se).	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
37. Mes relations avec mes proches sont pleinement satisfaisantes.	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
38. Je sens que je ne réussis pas bien au travail ou à l'école.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
39. J'ai trop de désaccords au travail ou à l'école.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
40. Je sens que quelque chose ne tourne pas rond dans ma tête.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
41. J'ai de la difficulté à m'endormir ou à rester endormi(e).	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
42. Je me sens déprimé(e) (triste).	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
43. Je suis satisfait(e) de mes relations avec les autres.	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
44. Je me sens suffisamment fâché(e) au travail ou à l'école pour faire quelque chose que je pourrais regretter.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
45. J'ai des maux de tête.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4

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

MAP

Cochez votre réponse dans le carré approprié.

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

<input type="checkbox"/>				
Très peu	Peu	Assez	Beaucoup	Énormément

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

<input type="checkbox"/>				
Très difficilement	Difficilement	Assez facilement	Facilement	Très facilement

3. Je suis capable de prévoir mes réactions.

<input type="checkbox"/>				
Très rarement	Rarement	Parfois	Souvent	Très souvent

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

<input type="checkbox"/>				
Très peu	Peu	Assez fortement	Fortement	Très fortement

5. Je m'adapte _____ au changement.

<input type="checkbox"/>				
Très difficilement	Difficilement	Assez difficilement	Facilement	Très facilement

6. Pour connaître ma valeur, je me base _____ sur ce que pensent les autres.

<input type="checkbox"/>				
Très peu	Peu	Assez	Beaucoup	Énormément

7. Quoiqu'il m'arrive, je fais _____ confiance à ce que je ressens.

<input type="checkbox"/>				
Très peu	Peu	Assez	Beaucoup	Énormément

8. J'ai l'impression d'être _____ responsable de ma vie.

<input type="checkbox"/>				
Très peu	Peu	Assez fortement	Fortement	Très fortement

9. Pour moi, le moment présent compte _____.

<input type="checkbox"/>				
Très peu	Peu	Assez	Beaucoup	Énormément

10. Je connais _____ mes forces et mes limites.

<input type="checkbox"/>				
Très mal	Mal	Assez bien	Bien	Très bien

11. Je suis _____ porté(e) à suivre l'exemple des autres.

<input type="checkbox"/>				
Très rarement	Rarement	Parfois	Souvent	Très souvent

12. J'écoute _____ mes émotions.

<input type="checkbox"/>				
Très peu	Peu	Assez	Beaucoup	Énormément

13. J'essaie _____ de me mettre dans la peau de quelqu'un pour le comprendre.

<input type="checkbox"/>				
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

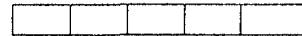
27. Je peux _____ m'intéresser aux problèmes des autres sans penser aux miens.

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 en désaccord	Passablement en désaccord	Tout à fait en désaccord
1. Je me sens bien lorsque je pense à ce que j'ai accompli dans le passé et à ce que j'espère accomplir dans le futur.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Je vis un jour à la fois sans vraiment penser au futur.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Je tends à me concentrer sur le présent car le futur m'apporte presque toujours des problèmes.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. J'ai une direction dans la vie et ma vie a un sens.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Mes activités quotidiennes me semblent souvent insignifiantes et sans importance.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Je ne sais pas trop ce que j'essaie d'accomplir dans la vie.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Dans le passé, j'avais l'habitude de me fixer des buts à atteindre, mais maintenant cela me semble être une perte de temps.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. J'aime faire des plans pour le futur et travailler à les réaliser.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



MSP-25 A

Après chaque item, encercler 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), inquiét(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 :

1. Lisez attentivement toutes les phrases;

2. 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).

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 bien définis pour un acte suicidaire.
 Je me tuerai 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.

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

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).
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

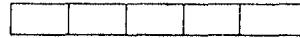
Indiquez votre degré d'accord ou de désaccord avec chacun des énoncés en cochant la réponse qui décrit le mieux votre opinion.

	Fortement en accord	En accord	Légèrement en accord	Ni en désaccord ni en accord	Légèrement en 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"/>
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"/>
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"/>
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"/>
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"/>

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 du tout	1 Un peu	2 Modérément	3 Beaucoup	4 Extremely- ment
1. Sentiment de solitude.	<input type="checkbox"/>				
2. Manque d'intérêt pour tout.	<input type="checkbox"/>				
3. Peur des grands espaces ou dans les rues.	<input type="checkbox"/>				
4. Sentiment de faiblesse dans certaines parties du corps.	<input type="checkbox"/>				
5. Avoir le cafard.	<input type="checkbox"/>				
6. Sensation de lourdeur dans les bras et les jambes.	<input type="checkbox"/>				
7. Peur de sortir seul(e) de la maison.	<input type="checkbox"/>				
8. Sentiment de tension ou de surexcitation.	<input type="checkbox"/>				
9. Sentiment que vous ne valez rien.	<input type="checkbox"/>				
10. Sentiment de solitude même en compagnie d'autres personnes.	<input type="checkbox"/>				



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) Moins de 15 000\$ (2) Entre 15 000\$ et moins de 25 000\$
(3) Entre 25 000\$ et moins de 35 000\$ (4) Entre 35 000\$ et moins de 45 000\$
(5) Entre 45 000\$ et moins de 55 000\$ (6) 55 000\$ et plus
(7) Aucun revenu (8) 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) Moins de 15 000\$ (2) Entre 15 000\$ et moins de 25 000\$
(3) Entre 25 000\$ et moins de 35 000\$ (4) Entre 35 000\$ et moins de 45 000\$
(5) Entre 45 000\$ et moins de 55 000\$ (6) 55 000\$ et plus
(7) Aucun revenu (8) Ne sais pas
(9) 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
(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 D

Répartition des motifs de consultation selon le nombre de séances de thérapie
complétées et l'âge des répondants

Tableau 9

Répartition des divers motifs de consultation selon le nombre de séances de thérapie complétées des répondants

Variables	%	<i>n</i>
Répondants ayant entre 3 à 10 séances de complétées		
Anxiété et angoisse	17,2	5
Dépression	24,1	7
Difficultés communication interpersonnelle	3,4	1
Difficultés relationnelles	13,8	4
Difficultés contexte de vie	13,8	4
Estime de soi/confiance en soi	10,3	2
Problèmes familiaux	17,2	5
Répondants ayant entre 11 à 20 séances de complétées		
Anxiété et angoisse	5,9	1
Connaissance de soi/croissance personnelle	23,5	4
Dépression	29,4	5
Difficultés causées par un événement stressant	5,9	1
Difficultés contexte de vie	5,9	1
Estime de soi/confiance en soi	11,8	2
Victime de sévices sexuels	5,9	1
Problèmes familiaux	11,8	2
Répondants ayant 21 séances et plus de complétées		
Anxiété et angoisse	16,7	4
Connaissance de soi/croissance personnelle	4,2	1
Dépression	12,5	3
Difficultés causées par un événement stressant	4,2	1
Difficultés relationnelles	20,8	5
Difficultés contexte de vie	12,5	3

Tableau 9

Répartition des divers motifs de consultation selon le nombre de séances de thérapie complétées des répondants (suite)

Variables	%	<i>n</i>
Phobie	4,2	1
Troubles de l'alimentation	4,2	1
Victime de sévices sexuels	4,2	1
Problèmes familiaux	4,2	1
Autres	12,5	3

Tableau 10

Répartition des divers motifs de consultation selon l'âge des répondants

Variables	%	<i>n</i>
Répondants âgés de moins de 25 ans		
Anxiété et angoisse	7,1	1
Connaissance de soi/croissance personnelle	21,4	3
Dépression	14,3	2
Difficultés contexte de vie	14,3	2
Estime de soi/confiance en soi	28,6	4
Problèmes familiaux	7,1	1
Autres	7,1	1
Répondants âgés de 25 à 34 ans		
Anxiété et angoisse	11,1	2
Connaissance de soi/croissance personnelle	11,1	2
Dépression	27,8	5
Difficultés causées par un événement stressant	5,6	1

Tableau 10

Répartition des divers motifs de consultation selon l'âge des répondants (suite)

Variables	%	n
Difficultés relationnelles	11,1	2
Difficultés contexte de vie	5,6	1
Problèmes familiaux	16,7	3
Autres	11,1	2
Répondants âgés de 35 à 44 ans		
Anxiété et angoisse	3,8	1
Connaissance de soi/croissance personnelle	3,8	1
Dépression	3,8	1
Difficultés causées par un événement stressant	3,8	1
Difficultés relationnelles	19,2	5
Difficultés contexte de vie	15,4	4
Épuisement professionnel ou autre	3,8	1
Estime de soi/confiance en soi	15,4	4
Victime de sévices sexuels	3,8	1
Problèmes familiaux	11,5	3
Autres	15,4	4
Répondants âgés de 45 ans et plus		
Anxiété et angoisse	14,8	4
Connaissance de soi/croissance personnelle	3,7	1
Dépression	25,9	7
Difficultés causées par un événement stressant	3,7	1
Difficultés communication interpersonnelle	3,7	1
Difficultés relationnelles	14,8	4

Tableau 10

Répartition des divers motifs de consultation selon l'âge des répondants (suite)

Variables	%	<i>n</i>
Difficultés contexte de vie	14,8	4
Phobie	3,7	1
Victime de sévices sexuels	3,7	1
Violence	3,7	1
Problèmes familiaux	7,4	2

