

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC

ESSAI PRÉSENTÉ À

L'UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À CHICOUTIMI

COMME EXIGENCE PARTIELLE

DU DOCTORAT EN PSYCHOLOGIE

OFFERT À

L'UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À CHICOUTIMI

EN VERTU DU PROTOCOLE D'ENTENTE

AVEC L'UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES

PAR

HÉLÈNE LAROUCHE, M. Ps.

L'EFFICACITÉ DE PROCESSUS THÉRAPEUTIQUES BREFS ET SES LIENS AVEC LE
SOUTIEN AUX BESOINS DU CLIENT DE LA PART DU THÉRAPEUTE ET
L'ALLIANCE THÉRAPEUTIQUE

JANVIER 2016

Sommaire

De nos jours, les problèmes de santé mentale occupent une place importante et sont en croissance. Les travailleurs et leurs familles sont particulièrement touchés en périodes économiquement difficiles. En contrepartie, la population québécoise consulte davantage pour des problématiques psychologiques. Depuis la fin de la Deuxième Guerre mondiale, les thérapies brèves se sont développées et les problèmes liés à l'alcool et à la toxicomanie ont motivé la création des premiers programmes d'aide aux employés (PAE) pour ensuite étendre l'offre de services à d'autres problématiques. Parallèlement, le corpus d'études sur l'efficacité thérapeutique s'est développé, ce qui a permis d'identifier des facteurs qui y sont associés. Toutefois, peu d'études ont évalué l'efficacité des PAE et aucune étude recensée n'a évalué l'efficacité des PAE auprès de la population québécoise. Considérant l'importance reconnue des variables relationnelles en lien avec l'efficacité thérapeutique, la présente étude s'est intéressée à certaines de ces variables associées à l'efficacité de suivis thérapeutiques brefs offerts dans le cadre des PAE, du service d'aide aux étudiants et de la Clinique Universitaire de Psychologie de l'UQAC (SAE et CUP). Ainsi, l'objectif premier de cette étude est de vérifier l'efficacité de processus psychothérapeutiques très brefs offerts dans le cadre de PAE et autres services à la population québécoise. Le deuxième objectif cible l'examen des relations entre l'efficacité thérapeutique et des variables relationnelles, notamment le comportement interpersonnel du thérapeute (le soutien aux besoins d'autonomie, de compétence et d'affiliation du client), et l'alliance thérapeutique. L'échantillon à l'étude compte 22 personnes ayant suivi un processus thérapeutique bref. L'efficacité

thérapeutique a été évaluée à partir des changements dans l'état psychologique des participants (pré-post suivi thérapeutique) au moyen de la Mesure d'Impact. Les deux autres variables à l'étude ont été mesurées à l'aide des instruments psychométriques suivants : l'ECI pour les comportements interpersonnels de soutien du thérapeute, la CALPAS pour l'alliance thérapeutique. Les résultats ont confirmé l'efficacité des processus thérapeutiques étudiés et offerts dans le cadre de PAE et autres services concernés. De plus, les résultats ont aussi démontré la présence d'une forte relation entre le soutien aux besoins du client par le thérapeute et l'alliance thérapeutique. Cependant, les résultats n'ont pas laissé voir de liens statistiquement significatifs entre l'efficacité thérapeutique et les comportements interpersonnels de soutien du thérapeute ainsi qu'entre l'efficacité thérapeutique et l'alliance thérapeutique. Toutefois, cette dernière s'est montrée reliée significativement à l'état psychologique des participants au début et à la fin de la thérapie, contrairement au soutien aux besoins (autonomie, compétence et affiliation). La discussion des résultats a proposé l'hypothèse que l'alliance thérapeutique pourrait être davantage influencée par l'état psychologique des patients qu'elle n'influence les résultats de la thérapie. Les liens importants entre les comportements interpersonnels de soutien de la part du thérapeute et l'alliance thérapeutique permettent de penser que le soutien aux besoins du client pourrait contribuer à mettre en place et à maintenir l'alliance thérapeutique. La taille de l'échantillon et l'absence de groupe contrôle ne permettent pas la généralisation des résultats et suggèrent la prudence dans les interprétations. Toutefois, les résultats de cette étude viennent appuyer d'autres résultats ayant démontré que les processus brefs

tels qu'offerts dans les PAE et autres services sont efficaces. Les résultats de l'étude amènent aussi à penser qu'il serait souhaitable au plan clinique que les clients des PAE puissent obtenir des séances supplémentaires lorsque leur état psychologique le requiert. Les résultats suggèrent que les recherches futures devraient prendre en considération d'autres variables que celles étudiées pour mieux rendre compte des liens entre les variables à l'étude. Des modèles plus complexes seraient nécessaires et, par le fait même, des échantillons de plus grande taille. Il a aussi été proposé de conduire des recherches pour développer un instrument de mesure du soutien aux besoins du client mieux adapté au contexte de la thérapie et d'établir des normes québécoises pour la Mesure d'Impact.

Table des matières

Sommaire	ii
Liste des tableaux	xi
Remerciements	xii
Introduction	1
Contexte théorique	8
Efficacité thérapeutique	9
Définition et distinction	11
Recension des écrits sur l'efficacité thérapeutique.....	12
Variables associées à l'efficacité.....	14
Efficacité thérapeutique et variables du patient.....	15
Efficacité thérapeutique et approches	16
Variance expliquée et approche.....	17
Efficacité thérapeutique : équivalence ou supériorité des approches	17
Efficacité thérapeutique et durée des processus	19
Psychothérapie brève.....	20
Caractéristiques générales du thérapeute.....	24
États (states) inférés.....	26
Soutien aux besoins du patient	28
Théorie de l'autodétermination.....	28
Théorie de l'évaluation cognitive	30
Soutien aux trois besoins fondamentaux	31
Soutien à l'autonomie.....	31
Soutien à la compétence	34
Soutien à l'affiliation.....	36
Recension des écrits sur les besoins fondamentaux	37
Soutien aux besoins du client et psychothérapie	40
Alliance thérapeutique	43

Historique du concept de l’alliance thérapeutique	43
Définition.....	45
Instruments de mesure et alliance thérapeutique.....	45
Moment de mesure et alliance thérapeutique	46
Développement de l’alliance dans le temps	47
Conception multidimensionnelle et alliance thérapeutique.....	48
Relation affective entre client et thérapeute	49
Collaboration active entre client et thérapeute	49
Habilités du thérapeute	50
Consensus entre thérapeute et client.....	51
Liens entre variables à l’étude	52
Efficacité thérapeutique et soutien aux besoins fondamentaux.....	52
Soutien aux besoins fondamentaux et alliance thérapeutique	53
Alliance thérapeutique et efficacité thérapeutique	54
Synthèse de la recension des écrits	56
Objectifs et hypothèses de recherche.....	57
Hypothèses de recherche	58
Questions de recherche.....	58
Méthode.....	59
Participants	60
Instrument de mesure.....	63
Mesure d’Impact (MI-30).....	64
California Psychotherapy Alliance Scale (CALPAS)	67
Échelle de comportement interpersonnel du thérapeute (ECI).....	70
Questionnaire sociodémographique	72
Déroulement	72
Schème de recherche	75
Résultats	77
Analyses statistiques utilisées.....	78

Analyse préliminaire.....	79
Distribution des données	79
Nombre de séances par participant.....	79
Analyses principales	81
Efficacité des processus thérapeutiques	81
Comportements interpersonnels du thérapeute et efficacité thérapeutique	82
Comportements interpersonnels du thérapeute et alliance thérapeutique	82
Alliance thérapeutique et efficacité thérapeutique	83
Questions de recherche portant sur les variables à l'étude	85
Soutien aux besoins et efficacité thérapeutique.....	86
Alliance thérapeutique et soutien aux besoins.....	86
Analyses complémentaires	86
Discussion.....	88
Efficacité des processus thérapeutiques.....	89
Considérations préliminaires	90
Mesure d'Impact (MI-30).....	90
Changement et efficacité thérapeutique	90
Rappel des résultats	91
Efficacité de la psychothérapie en générale	91
Efficacité des thérapies brèves	93
Efficacité thérapeutique et nombre de séances.....	94
Scores initiaux à la MI-30 et efficacité des processus brefs.....	97
Population à l'étude et seuil de normalité	98
Efficacité thérapeutique et comportements interpersonnels du thérapeute	100
Rappel des fondements de l'hypothèse 2	100
Premier fondement	100
Deuxième fondement.....	101
Troisième fondement.....	101
Comparaison des études	102

Lien direct.....	102
Lien indirect.....	105
Compréhension des résultats	108
Pertinence de l'inférence d'une relation directe	109
Éléments de méthodologie	109
Question 1.....	113
Comportements interpersonnels du thérapeute et alliance thérapeutique.....	113
Rappel des fondements de l'hypothèse 3	113
Rappel des résultats	114
Compréhension des résultats	114
Comparaison avec d'autres études	114
Alliance thérapeutique et soutien aux besoins fondamentaux.....	115
Alliance thérapeutique et soutien à l'affiliation	116
Alliance thérapeutique et soutien à la compétence.....	117
Alliance thérapeutique et soutien à l'autonomie	118
Parenté conceptuelle.....	118
Question 2.....	119
Alliance thérapeutique et efficacité thérapeutique	122
Fondements de l'hypothèse 4	122
Rappel des résultats	123
Comparaison avec d'autres études	124
Lien direct.....	124
Lien direct inversé	124
Lien indirect.....	125
Explication des résultats	127
Instrument de mesure et résultats	127
Particularité des programmes d'aide pour l'établissement de l'alliance.....	128
Taille de l'échantillon et analyses statistiques.....	129
Analyse complémentaire	130
Efficacité thérapeutique et état psychologique des clients	130
Synthèse globale de la discussion.....	131

Efficacité thérapeutique	131
Durée de la thérapie	132
Variables relationnelles et efficacité thérapeutique	133
Complexité des liens.....	134
Retombées de la présente étude	134
Plan scientifique	135
Plan clinique	136
Forces et limites de la recherche.....	137
Force de la recherche	137
Originalité.....	137
Méthodologie.....	137
Limites méthodologiques.....	137
Taille de l'échantillon.....	137
Absence de groupe contrôle	138
Moment des mesures	138
Instruments de mesure	138
Pistes pour les recherches futures	138
Taille de l'échantillon.....	138
Ajout de gratification.....	139
Autres moyens facilitants	139
Instruments de mesure	140
Mesure d'efficacité thérapeutique	140
Ajout de variables	141
Problématiques des participants	141
Conclusion	142
Références	149
Appendice A. Questionnaires temps 1, 2 et 3.	173
Appendice B. Certificat d'éthique de la recherche	183

Appendice C. Formulaire de consentement éclairé pour thérapeutes	185
Appendice D. Directives thérapeutes et clients.....	186
Appendice E. Formulaire de consentement des participants	193

Liste des tableaux

Tableau

1	Caractéristiques sociodémographiques des participants	61
2	Analyses descriptives des principales variables à l'étude	80
3	Corrélations entre le soutien aux besoins et l'efficacité thérapeutique	83
4	Corrélations entre les variables comportements interpersonnels de soutien du thérapeute et l'alliance thérapeutique	84
5	Corrélations de Pearson entre l'alliance thérapeutique (CALPAS), les scores obtenus à la MI-30 (T1, T3), et les mesures associées à l'efficacité thérapeutique (MI-30, T1-T3)	85

Remerciements

À mon père qui nous a quittés en 2014, je dédie cet ouvrage. En hommage à son dévouement, sa bienveillance, son amour inconditionnel et son souci du travail bien fait. Je veux adresser mes remerciements aux personnes qui ont contribué à l'élaboration et la rédaction de cet essai doctoral. En commençant par Monsieur Gilles Lalande, Ph. D., mon directeur de recherche, pour son aide précieuse, pour le temps qu'il m'a consacré et pour sa patience. Je souhaite également souligner l'implication de Madame Sophie Lisotte, D. Psy qui a pris en charge l'entrée des données et de Monsieur Valentin Mbekou, Ph. D. pour son appui aux analyses statistiques. Dans un deuxième temps, je tiens à remercier les thérapeutes et les clients qui ont participé à la collecte des données, rendant ainsi possible la réalisation de ce projet. J'adresse aussi mes plus sincères remerciements à mon compagnon de vie, à ma mère et à tous les membres de ma famille qui m'ont toujours soutenue, accompagnée et encouragée tout au long de la réalisation de mon essai. Je remercie mes fidèles ami(e)s qui ont démontré que les liens solides subsistent, même si le temps manque. Finalement, merci à mes enfants, leur conjoint(e) et mes petits-enfants; le courage m'est toujours venu de l'amour que je vous porte et de celui dont vous m'entourez.

Introduction

En 2001, l'Organisation mondiale de la santé estimait qu'une personne sur quatre souffrirait de troubles mentaux au cours de sa vie, ces troubles représentent les principales causes de morbidité et d'incapacité dans le monde (OMS, 2001). En 2005, un québécois sur six souffrait d'une forme ou d'une autre de maladie mentale (MSSS, 2005). En 2008, l'Institut national de santé publique du Québec confirme un accroissement des problèmes de santé mentale.

Par ailleurs, les coupures qui touchent l'ensemble des secteurs de l'économie affectent à la fois les milieux de travail, les travailleurs et leurs familles. La précarité des emplois, l'instabilité financière, la surcharge de travail, associées à ces coupures, sont toutes des facteurs pouvant amener une personne à vivre de la détresse et éventuellement souffrir d'un problème de santé mentale. Selon Statistique Canada (2003), 20 % des travailleurs canadiens souffrent d'une maladie liée au stress. En 2004, le stress au travail représentait déjà 19 % des coûts d'absentéisme et 55 % des coûts des Programmes d'aide aux employés (PAE) (Burton, 2004). Schaufeli, Leiter et Malach (2009) ont aussi constaté une augmentation du stress et de la pression vécus au travail dans les dernières décennies.

Toutefois, devant l'accroissement des problèmes psychologiques, les campagnes de sensibilisation portant sur la santé mentale (MSSS, 2005) ont beaucoup contribué à

démystifier les problématiques de santé mentale qui faisaient par le passé l'objet de jugements défavorables et de stigmatisation des personnes touchées. Elles ont aussi fait valoir, auprès de la population québécoise, l'importance de se préoccuper de la santé psychologique et de consulter des professionnels lorsque des problèmes se présentent. Selon l'Institut de la statistique du Québec (2010), un adulte québécois sur dix a consulté au moins une ressource à des fins de santé mentale au cours des douze derniers mois (médecins de famille : 4,8 % de la population; psychologues : 3,7 %).

En plus d'afficher des statistiques de consultation importantes, le champ de la psychothérapie a vu s'ajouter au développement de services et d'interventions efficaces un intérêt marqué pour la recherche sur l'efficacité thérapeutique, rendu manifeste par un accroissement de recherches publiées. Certaines études se sont penchées sur l'identification de facteurs associés à l'efficacité thérapeutique. On s'est intéressé, entre autres, au nombre de séances nécessaire pour assurer l'efficacité thérapeutique (Barkham et al., 2006). D'autres recherches ont considéré son impact sur le plan économique. Il a d'ailleurs été démontré que les personnes ayant des problèmes psychologiques constituent une clientèle qui met une grande pression sur les services de santé publique (Chiles, Lambert & Hatch, 1999). Selon Chiles et al., des thérapies efficaces contribuent à réduire cet impact et indirectement les frais qui y sont associés. Toutefois, il n'y a pas que les aspects économiques à prendre en compte. Une thérapie efficace signifie avant tout, une amélioration du bien-être et de la santé psychologique de l'individu et, à plus grande échelle, de la communauté.

Les nombreuses études portant sur les processus thérapeutiques permettent aujourd'hui d'affirmer que la psychothérapie peut être efficace pour aider des personnes et, à résoudre nombre de problèmes psychologiques ou d'adaptation (Lambert & Ogles, 2004). Plusieurs chercheurs se sont intéressés à ce qui entraînait des résultats thérapeutiques favorables et ont tenté de mettre en lumière les variables associées à l'efficacité thérapeutique (Greenberg & Pinsof, 1986; Shapiro & Shapiro, 1983 ; Horvath & Greenberg, 1989).

Ce n'est qu'après la Seconde Guerre mondiale que les thérapies brèves ont vu le jour (Poupard & Martin, 2012). Le nombre de soldats hospitalisés en psychiatrie représentait le double de ceux blessés physiquement. L'abandon des traitements classiques au profit de processus thérapeutiques brefs a permis aux psychiatres américains de maximiser l'offre de services et de traiter un plus grand nombre de soldats. Plusieurs approches ont cherché non seulement à améliorer l'efficacité, mais aussi à développer des thérapies offrant des résultats rapidement (Megglé, 1990).

Par ailleurs, les programmes d'aide aux employés, selon Cousineau, Varin et Levreault (1985), doivent leur existence à un imprimeur-éditeur américain du nom de Rollo A. Law. En 1883, ce dernier accueillit chez lui un de ses employés ayant un problème d'alcool, le temps du sevrage. Cet employé reprit son travail par la suite et devint un de ses meilleurs collaborateurs. D'autres entreprises américaines ont été inspirées. Le développement de programmes d'aide et de recherches, précurseurs des

PAE actuels s'est opéré de 1940 à 1960 (Cousineau et al., 1985). Au Québec, c'est une dizaine d'années plus tard que les PAE font leur apparition au sein des entreprises (p. ex, dans les entreprises suivantes : Canadien National, Bell, Air Canada, Dupont, Pratt et Whitney, Les Forces armées canadiennes) (Cousineau et al.). Selon le Centre canadien d'hygiène et de sécurité au travail, « le PAE offre des services pour résoudre certains problèmes qui nuisent au rendement au travail, mais qui ne sont pas forcément causés par le milieu de travail. Le PAE est conçu pour aider les employés à comprendre ou à surmonter leurs problèmes personnels » (CCHST, 2015). Qu'il soit question de difficultés liées au travail ou à la vie personnelle, les services des PAE sont utilisés par de nombreux travailleurs, mais leurs services font rarement l'objet de recherche, comme en atteste le peu d'études publiées.

La présente étude s'intéresse à l'efficacité de processus thérapeutiques brefs, plus précisément ceux offerts dans le cadre de PAE, et à des variables reconnues comme y étant associées. Ces variables ciblent des aspects relationnels, tels que le soutien aux besoins fondamentaux (autonomie, compétence, affiliation) du client par le thérapeute, selon la théorie de l'autodétermination (TAD) de Deci & Ryan (2000, 2002) et l'alliance thérapeutique. Puisque des études dans des domaines divers (santé, sport, éducation, etc.) ont démontré que le soutien aux besoins fondamentaux était lié à de meilleurs résultats et que des études sur l'alliance thérapeutique ont mis en évidence sa contribution à l'efficacité thérapeutique, l'étude de ces variables apparaissait pertinente.

Il apparaît clairement que certaines variables du thérapeute contribuent aux résultats de la thérapie et que la qualité de la relation thérapeutique représente l'une des variables les plus souvent associées à l'efficacité thérapeutique (Beutler et al., 2004). Par ailleurs, certaines caractéristiques du client apparaissent aussi importantes au regard de l'efficacité thérapeutique, notamment sa motivation, sa participation active à la thérapie, ainsi que sa contribution à l'alliance thérapeutique (Clarkin, & Levy, 2004). L'alliance thérapeutique implique à la fois le thérapeute et le client et a été souvent associée à l'efficacité thérapeutique (Horvath & Greenberg, 1989; Crits-Christoph, Connolly, & Hearon, 2006; Lambert & Ogles, 2004).

L'originalité de la présente recherche tient au fait qu'elle propose d'évaluer l'efficacité thérapeutique et d'étudier les relations entre celle-ci et des variables associées à la théorie de l'autodétermination de Deci et Ryan ainsi que l'alliance thérapeutique. De plus, à notre connaissance, aucune recherche n'a porté sur l'efficacité des processus brefs offerts dans le cadre de PAE en lien avec les variables retenues et auprès d'une population québécoise. Cette étude permettra de mieux comprendre l'efficacité de ces suivis thérapeutiques, ce qui pourrait aussi entraîner des retombées sur le plan de la pratique clinique.

Les objectifs de cette recherche de type descriptif corrélationnel sont d'abord d'évaluer l'efficacité thérapeutique en considérant les changements de l'état psychologique des participants et, par la suite, d'examiner les relations entre des

variables associées au comportement du thérapeute (le soutien aux besoins d'autonomie, de compétence et d'affiliation du client), une variable propre à la relation thérapeutique (l'alliance thérapeutique) et la variable « efficacité thérapeutique ».

Cet essai comprend quatre parties. La première partie, le contexte théorique, propose une recension d'écrits portant sur les variables retenues ainsi qu'une recension des principales études portant sur ces variables. La seconde partie décrit la méthodologie utilisée pour réaliser cette recherche. La troisième partie présente les résultats des analyses statistiques effectuées. Enfin, ces résultats feront l'objet d'une discussion pour favoriser une meilleure compréhension à la lumière des études antérieures recensées dans le contexte théorique.

Contexte théorique

Le premier chapitre de cet essai, le contexte théorique, se divise en cinq sections. La première traite de l'efficacité thérapeutique, la seconde du soutien aux trois besoins fondamentaux des clients selon la théorie de l'autodétermination (TAD). La troisième aborde l'alliance thérapeutique, la quatrième traite des liens entre les variables, alors que la cinquième présente les objectifs, hypothèses et questions de recherche.

Efficacité thérapeutique

De prime abord, il apparaît difficile de parler de l'efficacité thérapeutique sans soulever toute la complexité que cette notion représente. En effet, il faut d'abord savoir en quoi une thérapie est efficace, quels sont les critères qui permettent de porter un jugement positif ou négatif sur son efficacité. Si l'on considère qu'un patient souffrant d'un problème précis peut présenter certains symptômes, il apparaît possible de définir l'efficacité en termes de réduction de symptômes ou même d'amélioration de l'état psychologique.

Une autre question se pose à savoir qui est la personne la mieux placée pour en juger : le patient, les proches, le thérapeute, le réseau social? Parfois, la famille du patient relève certaines améliorations dans le fonctionnement à la maison que le clinicien n'est pas en mesure d'observer. Dans d'autres circonstances, le clinicien peut évaluer les changements manifestes comme étant positifs alors que la famille peut les

percevoir comme une détérioration. Ce pourrait être le cas si une personne, ayant toujours présenté des symptômes dépressifs, exprime soudainement de la colère envers ses proches. Chacun peut sans doute observer des changements chez cette personne, sans pour autant être en mesure de se prononcer sur le niveau d'efficacité de la thérapie.

Pour estimer l'efficacité thérapeutique, une mesure objective peut s'avérer des plus utiles. Certes, le clinicien peut consigner au dossier toutes les informations sur l'état et l'évolution du patient, mais des mesures répétées en cours de thérapie, à l'aide d'instruments reconnus, peuvent fournir une information plus objective, puisque les critères mesurés demeurent les mêmes à chacune des évaluations. Il suffit pour le chercheur ou le thérapeute de choisir un ou des instruments reconnus et adaptés aux besoins de l'évaluation et à la problématique de son patient. Cela soulève un problème parfois rencontré dans les recherches portant sur l'efficacité thérapeutique, celui de la mesure. En effet, plusieurs instruments de mesure, tenant compte de variables diverses, ont été utilisés par des chercheurs pour mesurer l'efficacité thérapeutique. Or, les méta-analyses réalisées sur de nombreuses études comparent des résultats obtenus au moyen d'instruments différents. Heureusement, la méthodologie a évolué au fil des années, notamment l'application de méthodes statistiques sophistiquées permettant de prendre en considération les biais attribuables à ce facteur. De plus, des instruments spécifiquement destinés à évaluer l'efficacité thérapeutique ont été élaborés, notamment, le Outcome Questionnaire (Lambert, Finch, Okiishi, & Burlingame, 2005).

Définition et distinction

Avant de s'attarder aux données scientifiques relatives à l'efficacité thérapeutique, il importe de spécifier des éléments de définition et d'apporter certaines précisions. La définition de l'efficacité thérapeutique au sens large présuppose, selon Strupp (1980), l'existence de standards, lesquels sont jugés et mesurés. Ces standards englobent toute la conception de la santé mentale qui prévaut dans une société. Ainsi, il est possible de juger de l'efficacité d'un traitement selon les deux angles proposés par Labelle, Bastin, Dubé, Alain, Bouffard, & Lapierre (2000) : l'angle de la psychopathologie ou celui de la qualité de vie, les deux écoles associées à la notion de santé mentale. Pour l'école de la psychopathologie, la santé mentale consiste en l'absence de symptômes relatifs à la psychopathologie, alors que pour l'école de la qualité de vie, la présence d'indices de bien-être psychologique et les aspects positifs de la santé mentale sont considérés (Labelle et al.).

L'efficacité thérapeutique dans la perspective de la santé mentale peut être ainsi associée à une amélioration de l'état du patient. Celle-ci se caractérise par des changements positifs par rapport aux symptômes et une amélioration du niveau de bien-être, présentés par le patient depuis le début du traitement. Dans une perspective tenant compte de la psychopathologie, les symptômes peuvent être au départ, plus ou moins nombreux, plus ou moins apparents, selon le cas, mais ils influencent le niveau de confort, de bien-être et d'adaptation du patient, de même que son fonctionnement dans les différentes sphères de sa vie. Ainsi, une thérapie efficace permettra d'observer une

amélioration dans le fonctionnement social et une diminution de l'ensemble ou de plusieurs des symptômes présents au départ (Kazdin, 1994). Conséquemment, le confort subjectif du patient, son niveau de fonctionnement et d'adaptation s'en trouvent améliorés.

Lorsqu'on se questionne sur l'efficacité d'un suivi thérapeutique, il est important d'établir une distinction entre le processus et les résultats thérapeutiques. Selon Hill et Lambert (2004), le processus réfère à ce qui se produit pendant les sessions de thérapie, par exemple, l'utilisation d'un type d'intervention par le thérapeute. Les résultats renvoient plutôt aux changements immédiats, ou à long terme, engendrés par la thérapie. Il pourrait s'agir, par exemple, de la diminution des symptômes préalablement observés chez le patient, suggérant alors l'efficacité du processus. Dans la présente étude, les deux seront considérés. D'une part, l'efficacité thérapeutique, évaluée à partir des changements observés chez le patient après un suivi psychologique, se veut une variable de résultats. D'autre part, les comportements interpersonnels du thérapeute et l'alliance thérapeutique sont des variables associées au processus. La première d'entre elles cible les interventions effectuées par le thérapeute pendant la séance, alors que la seconde vise la relation thérapeute-patient qui se construit au fil des rencontres.

Recension des écrits sur l'efficacité thérapeutique

Bien que les processus de changement en thérapie aient constitué un sujet d'intérêt menant les cliniciens et chercheurs à se questionner, les recherches sur l'efficacité des

thérapies n'ont réellement commencé qu'à partir des années trente et celles concernant l'évaluation des changements produits en cours de thérapie ont débuté en 1970 (Lambert & Ogles, 2004).

Certains auteurs, notamment Eysenck (1952), Prioleau, Murdock et Brody (1983), avaient présenté des résultats qui mettaient en doute l'efficacité des psychothérapies. C'est en se penchant à nouveau sur la question que d'autres chercheurs ont décelé des erreurs méthodologiques et que les faits ont pu être rétablis (Lambert & Ogles, 2004; Lambert, 2013; Lipsey & Wilson, 1993 ; McNeilly & Howard, 1991). À l'heure actuelle, beaucoup de données de recherche se sont accumulées et ont démontré de façon formelle que les effets de la thérapie s'avèrent supérieurs à l'effet placebo (Barker, Funk, & Houston, 1988 ; Lambert, 2010, 2013; Lambert & Ogles; Wampold, 2001) et que l'effet placebo se montre supérieur à l'absence de traitement (Barker & al., 1988 ; Lambert, Shapiro, & Bergin, 1978; Lipsey & Wilson; Shapiro & Shapiro, 1982, 1983 ; Smith & Glass, 1977; Smith, Glass, & Miller, 1980; Wilson & Rachman, 1983). Ainsi, grâce à l'abondance des études et méta-analyses portant sur le sujet et à l'amélioration des méthodes de recherche, il est maintenant établi, et cela, sans équivoque, que la thérapie est avantageuse pour nombre de patients (Lambert; Lambert & Ogles; Lipsey & Wilson). Les écrits scientifiques démontrent aussi que non seulement les traitements offrent des bénéfices rapidement (Gullo, Lo Coco, & Gelso, 2012; Howard, Kopta, Krause, Merton, & Orlinsky, 1986; Kadera, Lambert, & Andrew, 1996; Lambert, 2013), mais que ceux-ci tendent à se maintenir à long terme (Emmelkamp & Powers, 2010;

Lambert & Ogles; Lambert, 2013; Shedler, 2010) chez les participants qui ont collaboré aux collectes de données posttraitement, et ce, pour tous les types de traitement (Marchand, Roberge, Primiano, & Germain, 2009; Sherman, 1998; Taylor 1996).

Lambert et Ogles (2004) mentionnent que 40 % à 70 % des patients tirent bénéfice de la thérapie. Ces mêmes auteurs avancent que 50 % des individus évalués dysfonctionnels au départ retrouvent un niveau de détresse moindre et des changements significatifs à l'intérieur de 21 sessions de psychothérapie (Lambert & Ogles,; Lambert 2013). Dès lors, ces résultats démontrent que la thérapie est efficace pour nombre de personnes. Il reste maintenant à mieux connaître les facteurs associés à cette efficacité et à identifier les variables clés.

Variables associées à l'efficacité. L'efficacité thérapeutique a donc fait l'objet de nombreuses recherches dont la majorité convergeait vers un constat en faveur de l'efficacité. Plusieurs chercheurs se sont demandé à quoi associer ces résultats et ont tenté de mettre en lumière les variables associées à l'efficacité des thérapies (Greenberg & Pinsof, 1986; Horvath & Greenberg, 1989; Lambert, 1992; Lambert & Asay (1999); Shapiro & Shapiro, 1982, 1983; Wampold, 2001). Ces recherches ont permis d'identifier de nombreuses variables reliées à l'efficacité thérapeutique. Lambert et Asay estiment que 40 % de l'efficacité thérapeutique est attribuable à des facteurs associés au patient. La relation thérapeutique offre une contribution évaluée à 30 % alors que les attentes du

patient et l'approche utilisée contribuent pour 15 % chacune à l'efficacité thérapeutique (Lambert; Lambert & Asay).

Lambert et Bergin (1994), pour leur part, classifient les variables en trois grandes catégories : les variables du patient, les variables issues de l'approche utilisée par le thérapeute et les variables du thérapeute. Parmi les variables du patient, la motivation apparaît être un facteur important, de même que l'implication du patient dans la thérapie, sa contribution à l'alliance thérapeutique ainsi que le motif de consultation. Les variables reliées aux approches comprennent la durée de la thérapie, le contrat concernant les buts à atteindre, les protocoles de traitement et la technique utilisée en fonction de la problématique du patient. Parmi les variables du thérapeute, il y a, par exemple, la capacité du thérapeute à utiliser les habiletés propres à la psychothérapie, ses aptitudes à entrer en relation, etc.

Efficacité thérapeutique et variables du patient

En ce qui a trait à la variable patient, certains facteurs ont été identifiés à la suite de recherches sur l'efficacité thérapeutique. Par exemple, la problématique présentée par le patient semble avoir été associée à l'efficacité thérapeutique. La psychothérapie s'est montrée efficace pour le traitement de la dépression (Cuijpers, Smit, Bohlmeijer, Hollon, & Andersson, 2010; Cuijpers, van Straten, Warsmerdam, & Andersson, 2008; Jensen, Mortensen, & Lotz, 2010). Il a aussi été confirmé que les individus présentant des symptômes de détresse aiguë répondaient bien à la psychothérapie (Castonguay &

Beutler, 2006; Hansen, Lambert, & Forman, 2002) et plus rapidement que ceux qui présentaient des symptômes de détresse chronique (Kopta, Howard, Lowry, & Beutler, 1994). Les symptômes de détresse aiguë répondant bien à la psychothérapie incluaient les symptômes dépressifs, les troubles obsessionnels compulsifs et l'anxiété, les difficultés relationnelles sévères (Castonguay & Beutler), les troubles obsessionnels compulsifs (Castonguay & Beutler; Mohr, 1995), l'anxiété et l'agoraphobie (Hansen, Lambert, & Forman; Jensen, Mortensen, & Lotz; Lambert & Ogles, 2004).

Quant aux personnes présentant des symptômes caractériels, tels qu'observés dans les troubles de personnalité, ils répondent plus faiblement et exigent un nombre de séances supérieur à 52 (Kopta et al., 1994 ; Mohr, 1995). Selon Castonguay et Beutler (2006), les individus qui ont des problèmes interpersonnels sérieux vont éprouver de la difficulté à établir une alliance avec le thérapeute, ce qui peut compromettre l'efficacité du processus. La comorbidité aurait aussi un impact sur les résultats thérapeutiques et serait associée négativement au pronostic dans le traitement psychologique des patients (Beutler, Blatt, Alimohamed, Levy, & Angtuaco, 2006; Clarkin & Levy, 2004; Newman, Crits-Christoph, Connolly Gibbons, & Erickson, 2006).

Efficacité thérapeutique et approches

L'approche thérapeutique utilisée a souvent fait l'objet de débats en ce qui a trait à l'efficacité thérapeutique, raison pour laquelle il apparaît pertinent de rapporter les principales études à ce sujet.

Variance expliquée et approches. Shapiro et Shapiro (1982) ont évalué que l'approche utilisée expliquait 10 % de la variance de l'efficacité thérapeutique. Parmi les recherches d'envergure, le projet MATCH (Project MATCH Research Group, 1998), une étude portant sur l'efficacité de la thérapie et effectuée auprès d'une clientèle toxicomane, présente des résultats qui mettent en évidence les données suivantes : 15 % des résultats sont attribuables aux types d'approches, ce que confirment Lambert et Azay (1999). Les recherches sur l'efficacité thérapeutique ont aussi donné lieu à un débat concernant les approches les plus susceptibles de produire des résultats positifs chez les patients.

Efficacité thérapeutique : équivalence ou supériorité des approches. Encore aujourd'hui, il existe des divergences à savoir laquelle des approches est la plus efficace. Un survol des études sur le sujet permet de les classer en deux sous-groupes : l'une en faveur de l'équivalence des approches, l'autre en faveur de la supériorité d'une approche par rapport aux autres.

Équivalence des approches. Certaines recherches ont mis en évidence une certaine équivalence des approches en ce qui a trait aux résultats thérapeutiques. Luborsky, Singer, et Luborsky (1975) avaient énoncé en conclusion de leur étude que toutes obtiennent des résultats et qu'il existe peu de différences entre les résultats d'un type de thérapie par rapport à un autre et que toutes les approches obtiennent des résultats thérapeutiques. Ils avaient comparé leurs conclusions au verdict du « Dodo

Bird » dans Alice au pays des merveilles. En effet, ce personnage, à la fin d'une course à laquelle différentes espèces animales participaient, avait décrété : « Tout le monde a gagné et tous méritent un prix! ». Cela a aussi été confirmé par d'autres recherches (Bergin & Lambert, 1994; Beutler, 1979; Lambert & Ogles, 2004; Rackman & Wilson, 1980) et aussi dans une méta-analyse (Wampold, 2001).

Supériorité de certaines approches. Toutefois, l'équivalence des approches a été remise en question par d'autres recherches qui ont identifié des différences entre les approches sur le plan de l'efficacité thérapeutique (Hunsley & Di Giulio, 2002; Shapiro & Shapiro, 1983; Smith et al., 1980). En effet, dans les premières méta-analyses effectuées, un avantage léger, quoique significatif, a été reconnu à la méthode cognitive comportementale comparativement à la méthode expressive traditionnelle (Shapiro & Shapiro; Smith et al.). Selon Hunsley et Di Giulio, la méta-analyse de Smith et ses collaborateurs et les méta-analyses revues par Reid (1997) établissaient l'évidence de différences significatives entre les approches. La thérapie cognitive et cognitive comportementale démontrait les meilleurs résultats, suivie par l'approche comportementale et psycho dynamique, l'approche humaniste et finalement le traitement de type counseling (Smith et al.).

Toutefois, certaines études ont démontré que lorsqu'une différence était observée pour l'approche cognitive comportementale, cette supériorité tendait à s'amoinrir lors du suivi (Shedler, 2010; Shoham-Salomon & Rosenthal, 1987). Des méta-analyses

récentes portant sur l'approche psycho dynamique ont démontré que les gains obtenus au terme de la psychothérapie, non seulement se maintiennent après la fin de celle-ci, mais s'accroissent (Abbass, Hancock, Henderson, & Kisley, 2006; de Maat, Jonghe, Schoevers, & Dekker, 2009; Leichsenring & Rabung, 2008; Leichsenring, Rabung, & Leibing, 2004; Shedler, 2010; 2011).

Allégeance du chercheur. Lors d'une méta-analyse sur l'efficacité thérapeutique, Reid (1997) a souligné que l'effet de l'allégeance théorique du chercheur n'avait pas été évalué. Reid a émis l'hypothèse, que les auteurs des méta-analyses aient pu exagérer l'écart entre l'efficacité des approches, afin de générer des résultats positifs pour celle à laquelle ils adhèrent. Aussi, Hunsley et Di Giulio (2002) suggéraient d'orienter la recherche afin d'identifier les ingrédients actifs des approches ayant démontré une plus grande efficacité. Ainsi, une meilleure compréhension des processus, liés à l'amélioration de la santé psychologique du patient, nécessite de se pencher sur d'autres variables pouvant y être associées.

Efficacité thérapeutique et durée des processus

Certaines recherches, exposées ci-dessous, ont étudié les liens entre le nombre de séances et l'efficacité de la thérapie. Entre autres, Howard et al. (1986) ont étudié la relation dose-effet. Ils ont comparé la psychothérapie à une dose de médicaments en médecine. Une séance de psychothérapie étant comparée à un milligramme de médicament et dix séances à dix milligrammes. Howard et ses collaborateurs ont

démontré que l'état du patient s'améliore avec l'augmentation de la dose, mais qu'à hautes doses, les bénéfices des séances additionnelles tendent à diminuer.

Selon d'autres études, la probabilité d'atteindre des changements significatifs n'est pas reliée au nombre de séances (Barkham et al., 2006; Gullo et al., 2012; Jacobson & Truax, 1991; Stiles, Barkham, Connell, & Mellor-Clark, 2008). La dose ou nombre de séances n'est pas un prédicteur de la réponse au traitement, elle est un marqueur de la vitesse de réponse au traitement (Barkham et al.). Barkham et al. ont établi dans leur modèle du « good enough level » ou GEL, que les patients restent en thérapie jusqu'à ce qu'ils déterminent avec leur thérapeute qu'ils se sont suffisamment améliorés, ce qui correspond au « niveau suffisamment bon » pour eux. Selon le modèle de Barkham et al. la vitesse de changement varie en fonction du nombre total de séances offertes aux patients : les clients qui savent dès le départ qu'ils recevront de petites doses (moins de séances) changent plus rapidement, alors que ceux qui savent qu'ils auront droit à de plus grandes doses (plus de séances) changent plus lentement.

Psychothérapie brève. Les psychothérapies brèves n'ont vu le jour qu'après la Seconde Guerre mondiale. L'école de Palo Alto, fondée dans les années 1950, en est à l'origine. Gregory Batson, Milton Hyland Ericson, Jay Haley et Paul Watzlawick peuvent être considérés comme les pionniers de la thérapie brève (Poupard & Martin, 2012). Du côté des thérapies cognitivo comportementales, selon Poupard et Martin, ce sont Aaron Beck et Albert Ellis qui ont développé la thérapie brève. Quant à l'approche

psychodynamique, Malan (1976), Sifneos (1979) et Davanloo (1980) ont été les pionniers du traitement à court terme (cités dans Megglé, 1990; Poupard & Martin, 2012).

Les écrits scientifiques traitant des psychothérapies brèves laissent voir qu'il existe une certaine variabilité dans le nombre de séances de thérapie considérées comme de la thérapie brève. Pour Dewan, Steenbarger et Greenberg (2004), il est possible de parler de thérapie brève dès que l'intervenant intègre le facteur temps dans la planification du traitement, ce qui induit des attitudes et des pratiques spécifiques chez le client comme chez l'intervenant. C'est la règle des 10 séances de Palo Alto qui a imposé le concept de «thérapie brève» aux États-Unis pour être suivi par d'autres un peu partout dans le monde (Megglé, 1990). En ce qui a trait à l'approche psychodynamique, l'intervention de crise de Sifneos (1979) dure deux mois et Davanloo (1980 cité dans Megglé, 1990) se limite à 20 séances. Quant aux thérapies cognitivo-comportementales brèves, elles sont conduites en 12 à 20 séances (Rector, 2010). Hendrick (2007), dans sa définition de la thérapie brève, met l'accent sur l'importance de baliser le temps plutôt que sur un nombre de séances restreint.

Bien qu'il existe un corpus de recherche considérable portant sur la psychothérapie à court terme, rares sont celles portant sur des processus psychothérapeutiques très brefs. De tels processus de durée très limitée (quatre à six rencontres) sont fréquemment offerts

par des Programmes d'aide aux employés (PAE) et sont rarement évalués quant à leur efficacité, comme en témoigne le peu de publications disponibles.

Psychothérapies brèves et problématiques. La psychothérapie à court terme a fait l'objet d'études qui portaient sur leur efficacité pour différentes problématiques selon certaines approches spécifiques (Abbass, Town, & Driessen, 2011; Abbass, Sheldon, Gyra, & Kaplin, 2008; Baker et al., 2009; Constantinidès, Blondeau, & Drapeau, 2010; Vonk & Thyer, 1999). Churchill et al. (2001) ont mené une méta-analyse afin de déterminer l'efficacité de la thérapie à court terme pour le traitement de la dépression. Dans ces études, les traitements ont tous été réalisés à l'intérieur de 20 rencontres et tous les participants ont laissé voir une amélioration significative à la fin. Dans une autre étude, Abbass (2006) a démontré une amélioration significative des participants souffrant de dépression et résistant aux traitements, avec une moyenne de 13,6 séances de psychothérapie psychodynamique à court terme. Selon les résultats de cette étude, les changements ont été maintenus lors d'une relance effectuée 6,1 mois plus tard. Toutefois, la taille restreinte de l'échantillon (N = 10), empêche de généraliser les résultats.

Dans une recension d'écrits, portant sur le traitement des troubles de la personnalité (groupe A, B, C) au moyen de thérapies brèves d'approches psychodynamiques et cognitivo comportementales, Town, Abbass, et Hardy (2011) ont démontré une réduction des symptômes et une amélioration du niveau de

fonctionnement social des personnes ayant un trouble de la personnalité. Les études recensées étaient toutes réalisées à partir d'échantillons randomisés et les processus thérapeutiques étaient de moins de 40 séances. L'étude d'Aminato et al. (2011) a aussi conclu à l'efficacité de la psychothérapie brève (40 sessions) pour les troubles de la personnalité limite avec comorbidité. Cette étude a utilisé l'échelle de fonctionnement global (Endicott et al., 1976) et les participants se seraient améliorés significativement.

Une étude de Vonk et Thyer (1999) a démontré l'efficacité des traitements à court terme en counseling. Les 55 participants de cette étude étaient des étudiants universitaires et les problématiques ayant amené ceux-ci à consulter étaient variées (p. ex., relations interpersonnelles, anxiété, dépression). Ils ont suivi en moyenne 10,2 séances de thérapie et les posttests ont confirmé l'amélioration significative de leur état.

Programmes d'aide aux employés. Les recherches dont il vient d'être question ont démontré que les processus à court terme peuvent être efficaces. Par ailleurs, quelques recherches (Greenwood, DeWeese, & Inscoc, 2005; Jacobson, Jones, & Bowers, 2011), portant spécifiquement sur l'efficacité des PAE, ont démontré une amélioration des patients y ayant eu recours. Jacobson et ses collaborateurs ont démontré que les participants avaient un meilleur niveau de fonctionnement au travail, à la maison et un meilleur niveau de santé mentale après avoir eu recours aux PAE. Dans cette étude, le nombre moyen de séances que les participants ont suivies était de 2,84 ($ET = 1,42$) (minimum = 1, maximum = 8 séances). Ce sont donc des processus très brefs qui ont été

évalués dans cette étude. Greenwood et ses collaborateurs ont, pour leur part, démontré une diminution des symptômes et une amélioration du niveau de fonctionnement des participants ayant des problématiques de santé mentale qui consultaient dans le cadre de PAE. Le nombre de séances variait entre une et quatre pour 96 % de l'échantillon (N = 321) et de cinq séances et plus pour onze participants. Suite à cette étude, les chercheurs ont conclu qu'un nombre supérieur de séances n'avait pas démontré de meilleurs résultats.

En somme, plusieurs études ont démontré l'efficacité de la psychothérapie, et ce, pour nombre de problématiques et quelle que soit l'approche utilisée. En effet, l'approche ne serait pas le facteur le plus déterminant. Quant à la durée des processus, elle peut différer selon les études, mais, dans l'ensemble, les processus brefs se sont montrés efficaces, incluant ceux offerts dans le cadre de PAE.

Caractéristiques générales du thérapeute

Comme il a été mentionné précédemment, parmi les facteurs communs, les variables-patient expliqueraient 40 % de l'efficacité thérapeutique; les facteurs relationnels incluant la contribution du thérapeute, seraient responsables de 30 % des résultats (Lambert, 1992). Un pourcentage aussi élevé justifie de s'intéresser à ces variables, ce que la présente étude se propose de faire.

Selon les conclusions de plusieurs études, les différences de résultats obtenus dans le traitement des patients semblent étroitement reliées à la variable « psychothérapeute », beaucoup plus qu'à l'approche et aux techniques utilisées (Lecompte, 2010; Lecompte, Savard, Drouin, & Guillon, 2004; Wampold, 2001), et ce, peu importe le diagnostic du patient (Wampold & Brown, 2005).

Quelques études ont démontré que tous les thérapeutes n'obtiennent pas le même succès auprès de leurs patients (Lambert, 2007; Lambert & Ogles, 2004 ; Orlinsky & Howard, 1980). Lambert a établi, en comparant les thérapeutes, que des patients présentent des taux d'amélioration 50 % plus élevés et des taux d'abandon 50 % moins élevés avec certains thérapeutes. Il a aussi été démontré que la variable thérapeute représente le facteur expliquant le mieux la variabilité des résultats thérapeutiques obtenus, plus que le type de traitement offert (Lecompte, et al., 2004; Wampold & Brown, 2005) et le diagnostic du patient (Wampold & Brown)

Pour Beutler, Machado et Neufeldt (1994), les caractéristiques du thérapeute sont classifiées selon quatre grandes catégories : 1) les traits observables (p. ex., le sexe et l'âge); 2) les états (states) observables (formation, habiletés, expérience et style); 3) les traits inférés (personnalité du thérapeute, bien-être, valeurs personnelles et attitudes liées à sa culture); 4) les états inférés (l'orientation théorique du thérapeute, la contribution du thérapeute à la relation thérapeutique). Comme la présente étude s'intéresse au lien entre

l'efficacité thérapeutique et certains comportements du thérapeute, la recension ne portera que sur les états inférés, la catégorie la plus pertinente pour la présente étude.

États inférés. La catégorie des états inférés regroupe l'orientation théorique du thérapeute et la contribution de ce dernier à la relation thérapeutique. Il semble établi que plusieurs facteurs de changement chez le client sont attribuables aux comportements interpersonnels du thérapeute (Beutler al.et al, 2004; Lambert & Ogles, 2004; Luborsky, McLellan, Woody, O'Brien, & Auerbach, 1985; Martin, Garske, & Davis, 2000). Parmi ces facteurs communs, mentionnons l'empathie, l'acceptation du patient par le thérapeute et finalement, l'alliance thérapeutique qui sera abordée plus à fond ultérieurement.

Luborsky et ses collaborateurs (1985) se sont intéressés plus particulièrement à certaines caractéristiques des thérapeutes incluses dans les facteurs communs déjà mentionnés. Ils ont identifié trois qualités présentes chez les thérapeutes les plus efficaces, soit : 1) la capacité d'ajustement, la compétence et l'intérêt porté au client; 2) la qualité du traitement offert; 3) la qualité de la relation client/thérapeute.

Plus récemment, des recherches ont mis en évidence chez les psychothérapeutes efficaces quatre facteurs fondamentaux qui semblent les caractériser (Lecompte, 2010; Lecompte et al., 2004). D'abord, ces psychothérapeutes sont capables d'interactions complexes qui conjuguent l'application d'un traitement selon les règles de l'art et une

régulation continue de la relation thérapeutique. Cette régulation permet d'observer des fluctuations et des ruptures relationnelles et de voir à la restauration de l'alliance thérapeutique. Ces thérapeutes arrivent à gérer efficacement les résistances aux changements et les tensions qui les accompagnent. Finalement, on note chez ceux-ci le développement d'une conscience réflexive qu'ils mettent à profit pendant les séances. Il s'agit d'une attention portée sur ce qui se passe dans l'interaction (Lecompte; Lecompte et al.). Selon Castonguay et Beutler (2006), la régulation de la relation thérapeutique conjugue une bonne maîtrise des théories, techniques et traitements, ainsi qu'une souplesse dans leur application, favorisant la rencontre et le processus de changement thérapeutique.

Crits-Christoph et Mintz (1991) avaient déjà reconnu, suite à une méta-analyse, que certaines caractéristiques du thérapeute se trouvaient associées à l'efficacité de la thérapie. Cette méta-analyse réalisée à partir des bases de données de quinze recherches publiées visait à estimer l'impact de la variable thérapeute sur l'efficacité de la thérapie. La proportion de la variance attribuable au thérapeute, pour tous les résultats de traitement, dans tous les types de traitements a alors été évaluée à près de 9 %. Une étude de Mohr (1995) a démontré que le manque d'empathie du thérapeute, la mauvaise évaluation concernant la gravité des problèmes du patient, le contre-transfert négatif et un manque de compétence technique sont associés à des résultats négatifs.

Beutler et al., (1994) ont apporté comme nuance que la contribution du thérapeute devient possible dans la mesure où ses attitudes et compétences sont mises au service du changement et permettent d'instaurer le lien thérapeutique indispensable. Cette contribution du thérapeute présente un grand intérêt puisqu'elle se trouve associée à la relation de travail entre le thérapeute et le patient et à son impact sur les résultats de la thérapie (Beutler et al.). Parmi les caractéristiques du thérapeute, il est important de considérer les comportements interpersonnels de celui-ci, notamment le soutien qu'il apporte au patient et à ses besoins.

Soutien aux besoins du patient. Certaines études confirment que l'efficacité thérapeutique est associée à certaines caractéristiques du thérapeute (Castonguay & Beutler, 2006; Cris-Christoph & Mintz, 1991). Les caractéristiques du thérapeute les plus fortement liées à l'efficacité thérapeutique touchent les comportements interpersonnels du thérapeute (Beutler & al., 2004; Martin & al., 2000). La prochaine section se penche sur une théorie qui traite, entre autres, de certains comportements interpersonnels du thérapeute, plus précisément le soutien aux besoins du patient.

Théorie de l'autodétermination

La théorie de l'autodétermination (TAD) de Deci et Ryan est une théorie de la motivation humaine qui s'intéresse au fonctionnement et au développement de la personne à l'intérieur d'un contexte social (Ryan & Deci, 2000). Elle utilise les méthodes empiriques traditionnelles et cherche à identifier à quel degré les

comportements humains sont volontaires et autodéterminés, jusqu'à quel point les individus endossent leurs actions, à la suite d'une réflexion, et s'engagent dans une action conséquente à leurs choix (Deci & Ryan, 2000, 2002; Sheldon, Ryan, Deci, & Kasser, 2004). La théorie de l'autodétermination a évolué, pendant les trois dernières décennies, en une série de quatre sous théories qui sont : 1) la théorie de l'évaluation cognitive qui s'intéresse à l'impact du contexte social sur la motivation intrinsèque; 2) la théorie de l'intégration organismique qui renvoie au concept d'intériorisation, plus spécifiquement aux différents types de motivation; 3) la théorie des orientations causales dans les différences individuelles et les tendances des gens à adopter des comportements autodéterminés; 4) la théorie des besoins de base qui élabore le concept des besoins et la relation existant entre ces besoins, la santé psychologique ainsi que le bien-être des individus (Ryan & Deci).

La TAD a permis de mettre en lumière l'importance des ressources internes de l'individu pour le développement de la personnalité et l'autorégulation des comportements (Ryan, Kuhl, & Deci, 1997). Cette théorie soutient que l'humain présente une tendance naturelle à se développer et à satisfaire ses besoins psychologiques fondamentaux. La satisfaction de ceux-ci apparaît essentielle à la croissance et à l'intégrité et stimule des processus positifs (Ryan & Deci, 2000). Il a été démontré que le contexte dans lequel évolue la personne peut faciliter ou retarder les processus naturels d'autodétermination et le développement de la santé psychologique (Ryan & Deci). Quand les besoins sont satisfaits, l'organisme fait l'expérience de la

vitalité (Ryan & Fredrick, 1997), l'individu se développe au plan social et éprouve un sentiment de bien-être personnel (Deci & Ryan, 2002 ; Ryan & Deci). Les trois besoins fondamentaux identifiés par cette théorie sont : le besoin de compétence (Harter, 1978; White, 1959), le besoin d'affiliation (Baumeister & Leary, 1995 ; Reis, 1994) et le besoin d'autonomie (deCharms, 1968; Deci, 1975).

Théorie de l'évaluation cognitive

Comme il a été mentionné précédemment, la théorie de l'évaluation cognitive est une sous théorie de la TAD qui spécifie certains facteurs qui affectent la motivation (Ryan & Deci, 2000). Elle s'intéresse aux effets du contexte social sur le degré d'autodétermination de la motivation des individus. Le contexte social peut influencer l'intégration de la motivation au concept de soi, en soutenant l'autodétermination. Cette théorie suggère que la compétence et l'autonomie sont deux facteurs importants du degré d'autodétermination de la motivation. Le feed-back positif facilite la motivation intrinsèque en favorisant le développement d'un sentiment de compétence (Deci, 1971). Les personnes se sentent ainsi responsables de leur succès et de leurs performances (Fisher, 1978; Ryan, 1982). À l'inverse, le feed-back négatif diminue le sentiment de compétence et mine la motivation (Deci & Ryan, 1985).

En somme, la théorie de l'autodétermination met en évidence que les individus ont besoin de se sentir autonomes et compétents et que les contextes sociaux qui soutiennent l'autonomie et la compétence augmentent la motivation intrinsèque.

Soutien aux trois besoins fondamentaux

Comme il a été mentionné précédemment, la TAD a identifié trois besoins fondamentaux qui sont les besoins d'autonomie, de compétence et d'affiliation. La TAD a également établi que, pour encourager la tendance naturelle des individus à croître et à se développer, le contexte social doit offrir un soutien à ces besoins fondamentaux.

Soutien à l'autonomie. Selon la TAD, l'autonomie constitue un facteur prépondérant pour comprendre la façon dont les comportements des individus sont régulés (Ryan & Deci, 2006). Les paragraphes qui suivent visent à définir en quoi consiste l'autonomie pour ensuite aborder le soutien à l'autonomie.

Selon Hill et Holmbeck (1986), il existe deux conceptions de l'autonomie qui dominent dans les recherches. La première définit l'autonomie comme le détachement par rapport aux parents et la seconde comme une liberté vis-à-vis de l'influence sociale. La notion de séparation et d'indépendance est à la base des deux. Une étude de Pfander (1967) avait établi qu'un individu fait preuve d'autonomie lorsque ses actes sont fortement endossés par le « soi » et en accord avec ses intérêts et ses valeurs. Même si l'autonomie implique que le « soi » décide de l'action (Ryan & Deci, 2006), une personne peut toutefois faire preuve d'autonomie, même si elle agit en accord avec une demande provenant de l'extérieur (Pfander; Ryan & Deci). L'autonomie n'est donc pas restreinte aux initiatives indépendantes, mais peut aussi s'appliquer aux actions en réponse à une demande extérieure. Toutefois, cette réponse doit être acceptée de plein

gré, reflétant un accord avec les valeurs internes de l'individu (Ricoeur, 1967). L'action qualifiée d'autonome tire son origine du « vrai soi » et son origine est identifiée comme provenant de l'intérieur (Ryan, 1993).

Pour sa part, le soutien à l'autonomie peut être vu comme un comportement interpersonnel qui favorise l'implication d'un individu et consolide la motivation intrinsèque en modifiant le lieu d'origine du comportement, de l'externe vers l'interne (Reeve & Jang, 2006). Le soutien offert amène la personne à décider volontairement de son action et favorise un sentiment de congruence entre ses comportements et ses ressources motivationnelles internes. En psychothérapie, par exemple, le thérapeute peut soutenir les besoins d'autonomie du patient en encourageant ses initiatives, autant pendant les séances de thérapie que dans sa vie personnelle. Aussi, lorsque le thérapeute prend en considération les idées de son patient, même si celles-ci diffèrent des siennes, il contribue à soutenir l'autonomie de son patient. De plus, quand le patient demande conseil, le thérapeute peut offrir son soutien en lui suggérant d'abord de s'exprimer, de parler de ce qu'il pense de la situation, de ce qu'il envisage comme solution.

De nombreuses études menées auprès d'enfants, utilisant le cadre de la TAD, ont permis de préciser le lien entre le soutien au besoin d'autonomie et le degré d'autodétermination. Par exemple, celle de Ryan et Lynch (1989) a établi que l'autonomie et la dépendance ne sont pas opposées, en ce sens que le parent peut soutenir l'autonomie tout en prenant soin de son enfant, au même titre qu'un adolescent

peut développer un sentiment de sécurité dans la relation avec ses parents, sans se sentir contrôlé dans son action. Une étude de Grolnick (2002) a démontré que les parents qui aident leurs enfants à explorer, à se construire une représentation de leurs valeurs, de leurs intérêts, et témoignent de l'empathie à l'égard de leurs enfants, soutiennent véritablement l'autonomie de ces derniers.

Le soutien à l'autonomie a été aussi étudié en lien avec la santé (William, 2002). Une étude menée dans une résidence de santé, portant sur le soutien à l'autonomie et à l'affiliation, a établi que soutenir l'autonomie des patients, permet de prédire leur bien-être, contribue à les rendre motivés de façon plus autonome à changer leurs comportements de santé et à maintenir ces changements par la suite (Kasser et Ryan, 2001). D'autres études ont aussi démontré que le soutien à l'autonomie serait aussi associé à une plus grande vitalité (Nix, Ryan, Manly, & Deci, 1999), à une régulation plus autonome des comportements alimentaires sains (Pelletier, Dion, Slovinec-D'Angelo, & Reid, 2004), ainsi qu'à un meilleur contrôle de la glycémie chez des patients diabétiques (William, McGregor, King, Nelson, & Glasgow, 2005).

D'autres chercheurs se sont penchés sur le phénomène de l'adhérence au traitement. Par exemple, lors d'une étude effectuée auprès de patients ayant des problèmes de santé, William, Ryan, Rodin, Grolnick et Deci (1998) ont démontré que la perception du patient concernant le soutien à l'autonomie accordé par le clinicien peut prédire de façon significative l'adhérence au traitement. Berk, Berk et Castle (2004) ont

observé, lors d'une étude portant sur le traitement des patients bipolaires et des variables associées à la TAD, que le soutien à l'autonomie et à la compétence, améliore l'adhérence au traitement psychopharmacologique et entraîne un changement fondamental de l'alliance de traitement. Les auteurs expliquent que l'adhérence au traitement psychopharmacologique est trop souvent basée exclusivement sur la figure d'autorité et d'expertise du clinicien, ce qui pourrait expliquer les problèmes d'adhérence.

Soutien à la compétence. Selon la TAD, le soutien à la compétence, comme le soutien à l'autonomie, a un impact sur la motivation des individus. Que ce soit sur le plan social, académique ou professionnel, plusieurs contextes peuvent aider les gens à vivre un sentiment de compétence qui contribue à rehausser la motivation intrinsèque (Ryan & Deci, 2000). Lorsqu'une personne se sent compétente dans un domaine en particulier, il y a de fortes chances que cette personne s'investisse davantage dans ce domaine que dans un autre où elle ne présente aucune compétence.

En tant que besoin fondamental, la compétence fait référence à un sentiment d'efficacité face à l'environnement (Deci, 1975; White, 1959), plus spécifiquement à la capacité ou l'habileté d'un individu à négocier efficacement avec l'environnement (Deci). C'est un concept qui, selon Deci, englobe plusieurs éléments comme la pensée, la perception, la communication, l'exploration et l'attention, qui représentent toutes des activités nécessaires pour qu'une personne exerce une action efficace sur son

environnement. La compétence est facilitée par des défis appropriés et par des rétroactions positives sur l'efficacité (Deci & Moller, 2005).

Selon la TAD, les performances positives produisent un effet positif sur la motivation intrinsèque, alors que les performances négatives entraînent une diminution de celle-ci (Deci, 1975, Ryan & Deci, 2000). Des précisions à ce sujet ont été apportées par d'autres études (Fisher, 1978; Ryan, 1982) à l'effet que le sentiment de compétence n'augmente pas le niveau de motivation intrinsèque s'il n'est pas accompagné d'un sentiment d'autonomie. Ainsi, les besoins d'autonomie et de compétence semblent interreliés, puisque l'individu accroît son autonomie à travers l'acquisition de compétences dans ses interactions avec son environnement (Angyal, 1941). Le sentiment de prise en charge de son action et de l'effet souhaité (autonomie) doit aussi être présent chez la personne, car l'efficacité, à elle seule, ne suffit pas pour que l'individu se sente compétent (LaGuardia & Ryan, 2000). La satisfaction du besoin de compétence serait cependant liée au plaisir intrinsèque pour une activité ou un comportement, plus spécialement si cette activité ou ce comportement fait appel à la volonté (Vansteenkiste & Ryan, 2013).

Dans le cadre de la psychothérapie, le soutien au besoin de compétence du patient pourrait prendre la forme d'interventions spécifiques. Le thérapeute qui donne du feedback positif au patient sur le travail qu'il fait en thérapie ou en dehors de la thérapie soutient la compétence du patient. Le feedback positif peut prendre la forme de

remarques constructives par rapport aux changements qu'il observe, ou aux comportements adoptés par le patient. Des interventions de soutien à la compétence pourraient aussi prendre la forme de provision d'explications, d'informations en lien avec les situations abordées, contribuant à rendre le patient plus compétent et plus confiant en ses compétences.

Soutien à l'affiliation. Le besoin d'affiliation se définit comme le besoin d'être en relation avec autrui (LaGuardia & Ryan, 2000). Le besoin d'affiliation est défini comme la disposition inhérente aux individus à se sentir reliés aux autres membres d'un groupe, à aimer et à prendre soin, à être aimés et soignés (Baumeister & Leary, 1995). Ce besoin suppose le sentiment d'appartenance, le sentiment d'être relié à des personnes qui sont significatives pour soi (Baumeister & Leary; Ryan, 1993). Il se trouve satisfait quand les gens éprouvent un sentiment de communion et arrivent à développer une étroite et intime relation avec les autres (Deci & Ryan, 2000). L'hypothèse selon laquelle les individus tendent naturellement à s'intégrer dans la matrice sociale et bénéficient des soins offerts par les autres membres du groupe est également soulignée dans les approches de développement telles que la théorie de l'attachement (Bowlby, 1973).

Le soutien à l'affiliation a peu fait l'objet d'études spécifiques et il existe très peu de données empiriques concernant le soutien à ce besoin. Cependant, deux études rapportées par Niemiec et al. (2006), sur des échantillons respectifs de 231 et 241 étudiants âgés entre 17 et 21 ans, démontrent l'impact produit lorsque les parents

fournissent à leurs enfants un environnement qui soutient leurs besoins d'autonomie et d'affiliation. Il en ressort que les jeunes qui se sentent liés fortement à leurs parents présentent généralement une régulation plus autonome et un plus haut niveau de bien-être que ceux chez qui les besoins d'autonomie et d'affiliation n'ont pas été soutenus par les parents (Niemiec et al.). Aussi, les jeunes qui font l'expérience de l'autonomie et de l'affiliation à travers la socialisation démontrent une meilleure adaptation et se sentent plus libres de faire des choix en fonction de leurs intérêts (Ryan, Stiller, & Lynch, 1994).

Dans le cadre de la thérapie, le soutien à l'affiliation passe par des attitudes du thérapeute qui sont propices à l'émergence d'un sentiment de sécurité chez le patient. Le thérapeute soutient le besoin d'affiliation par des interventions qui font en sorte que le patient perçoive qu'il a de l'importance à ses yeux. Le patient se sent soutenu dans son besoin d'affiliation lorsqu'il perçoit que le thérapeute se soucie de lui et qu'il déploie des efforts pour l'aider à s'en sortir. Ainsi, lorsque le thérapeute démontre un intérêt sincère, de la sensibilité et, parfois, une plus grande disponibilité dans les périodes difficiles, il soutient le besoin d'affiliation de son patient.

Recension des écrits sur les besoins fondamentaux. Le soutien aux besoins fondamentaux a fait l'objet de recherches dans plusieurs champs, incluant l'activité physique (Adie, Duda, & Ntoumanis, 2008; Gagné, Ryan, & Bargmann, 2003; Hagger & Chatzisarantis, 2007; Wilson, Blanchard, Nehl, & Baker, 2006; Wilson, Mack, Blanchard, & Gray, 2009), les compétences sociales (Ryan, 1993), le monde du travail

(Baard, Deci, & Ryan, 2004; Gagné & Deci, 2005 ; Kanfer, & Ackerman, 2004) et l'estime de soi (Ryan et Lynch, 1989).

Dans le domaine de la pratique sportive, plusieurs études (Hagger & Chatzisarantis, 2007; Wilson et al., 2009) ont mis en évidence un lien entre la satisfaction des besoins d'autonomie, de compétence, d'affiliation et une augmentation du sentiment de bien-être (affects positifs versus affects négatifs). Des études ont démontré que le soutien offert par l'entraîneur prédit la satisfaction des besoins d'autonomie, de compétence, d'affiliation, qui est liée à une plus grande vitalité subjective chez des adultes engagés dans la pratique d'un sport (Adie et al., 2008) et aussi chez les jeunes (Gagné et al., 2003).

D'autres études ont été menées en lien avec la santé. William et al. (2002) ont démontré que les interventions soutenant l'autonomie prédisaient la motivation autonome et que celle-ci prédisait la cessation tabagique. Dans le traitement du diabète, William et al. (2005) ont aussi laissé voir une relation entre le fait d'entraîner les cliniciens à offrir plus de soutien à l'autonomie et l'amélioration de la perception de compétence chez les patients diabétiques; il en est aussi résulté un meilleur contrôle de leur glycémie. En ce qui a trait à la gestion de poids, les participants, engagés dans un programme d'intervention, qui ont reçu davantage de soutien à leur besoin d'autonomie ont démontré plus de motivation autonome face au traitement et à l'activité physique (Silva & al., 2008). Les recherches dans le domaine de la santé arrivent à des modèles

similaires à ceux des recherches dans le domaine sportif. Les liens significatifs se situent entre le soutien à l'autonomie et la motivation autodéterminée et entre la motivation autodéterminée et les changements de comportements.

Le domaine de l'éducation a aussi fait l'objet de nombreuses études, notamment en lien avec l'apprentissage, la réussite et la persévérance (Vansteenkiste, Simons, Lens, Sheldon & Deci, 2004), et les performances des enseignants dans le domaine de l'éducation (Reeve, 2002). Une méta-analyse (Reeve), portant sur des recherches empiriques ayant comme cadre de référence la TAD, a démontré que la qualité de la motivation explique en partie la réussite de l'élève, son plaisir à l'école, sa préférence pour les défis de taille et sa créativité. On y a aussi mis en évidence que, lorsque les professeurs soutiennent l'autonomie des élèves, ceux-ci se montrent motivés de façon plus autonome et présentent des bénéfices au plan académique et développemental.

Certaines études (Pelletier, Tuson, & Haddad, 1997; Reeve & Jang, 2006) ont aussi démontré une relation significative entre les comportements des enseignants propres à soutenir l'autonomie, la motivation autonome des élèves et l'engagement de ces derniers. L'étude de Soenens et Vansteenkiste (2005) a démontré que le soutien de l'enseignant est lié plus spécifiquement aux comportements autodéterminés en classe, alors que le soutien parental maternel au besoin d'autonomie de l'enfant est lié à l'autodétermination dans deux domaines : l'école et l'amitié. D'autres études (D'Ailly, 2003; Grolnick, Ryan, & Deci, 1991) ont laissé voir que les enfants dont les parents

soutiennent l'autonomie démontrent plus d'intérêt en classe et comprennent mieux l'importance de la réussite scolaire. Ils se montrent aussi plus autonomes dans leurs apprentissages et obtiennent de meilleurs résultats (Grolnick & Ryan, 1989). En somme, le soutien au besoin d'autonomie, le plus fréquemment pris en compte, s'est montré lié à la motivation autodéterminée, et à des conséquences positives dans plusieurs domaines.

Soutien aux besoins du client et psychothérapie

La TAD a aussi été étudiée au regard de la psychothérapie. Ainsi, le contexte de la thérapie a été identifié par plusieurs théoriciens et chercheurs comme étant un contexte qui peut soutenir l'autonomie de l'individu (Berk et al., 2004; Joiner, Sheldon, Williams, & Pettit, 2003; Ryan, 2005; Ryan & Deci, 2008). Certaines études théoriques ont mis de l'avant la possibilité d'un lien entre le soutien aux besoins du client et les résultats thérapeutiques (LaGuardia & Ryan, 2000), notamment dans le cadre de l'entretien motivationnel (Markland, et al., 2005; Vansteenkiste & Sheldon, 2003) et de l'approche humaniste (Sheldon, Joiner, Pettit, & William, 2003; Vansteenkiste & Sheldon), ainsi que dans le traitement du trouble de la personnalité limite (Ryan, 2005). Toutefois, tel que Vansteenkiste et Sheldon le soulignaient, il existe actuellement peu de recherches empiriques portant sur la TAD et la psychologie clinique. La présente recherche a d'ailleurs retenu le soutien aux besoins comme variable à l'étude en lien avec l'efficacité thérapeutique pour pallier à ce manque.

Pelletier et al. (1997), dans une étude visant la construction et la validation d'un instrument de mesure pour la motivation des clients vis-à-vis la thérapie, ont démontré que les clients qui présentent une motivation pour la thérapie plus autodéterminée éprouvaient moins de tension et de distraction, une humeur plus positive en cours de traitement. De plus, ils se montraient aussi plus satisfaits, accordaient plus d'importance à la thérapie et plus d'intérêts à poursuivre.

L'étude de Ritholz (2011), pour sa part, a mis en lien l'efficacité thérapeutique (le rétablissement des personnes ayant des problèmes de santé mentale) et la satisfaction des besoins d'autonomie, de compétence et d'affiliation. L'échantillon comptait 146 adultes de 18 ans et plus, inscrits sur une base volontaire, et ayant des problèmes de santé mentale. Les résultats de cette étude ont démontré un lien significatif entre la satisfaction des besoins d'autonomie, de compétence, d'affiliation et le rétablissement de personnes atteintes de problèmes de santé mentale. Toutefois, dans cette étude la mesure d'efficacité obtenue à partir de la Mental Health Recovery Measure (MHRM) (Bullock & Young, 2003) a été mise en relation avec la satisfaction des trois besoins considérés globalement.

Dans une étude empirique, Zuroff et al., (2007) se sont intéressés à la relation entre le soutien à l'autonomie, l'alliance thérapeutique et le rétablissement des clients dépressifs dans le cadre de thérapies brèves. Leurs résultats ont démontré que le soutien à l'autonomie prédit de façon significative la motivation autodéterminée et que la

motivation autodéterminée est un meilleur prédicteur des résultats thérapeutiques que l'alliance thérapeutique. Dans une étude plus récente (Zuroff, Koestner, Moskowitz, McBride, & Bagby, 2012), une relation a été établie entre un niveau élevé de soutien à l'autonomie et un niveau élevé de motivation autodéterminée, ainsi qu'entre cette dernière et la diminution du niveau de sévérité de la dépression. Ces deux études n'ont toutefois pas établi de lien direct entre le soutien à l'autonomie et la diminution du niveau de sévérité de la dépression.

Cependant, Dwyer, Hornsey, Smith, Oei et Dingle (2011) ont démontré que la satisfaction du besoin d'autonomie était corrélée significativement avec la diminution des symptômes dépressifs. Toutefois, lorsque la variable « fréquence des pensées dépressives automatiques » était incluse dans l'équation de régression, le lien entre la satisfaction du besoin d'autonomie et la réduction des symptômes dépressifs n'était plus significatif. Cette étude n'a donc pas démontré de lien significatif entre la satisfaction du besoin d'autonomie et les résultats thérapeutiques.

La recension des études portant sur le soutien aux besoins d'autonomie de compétence et d'affiliation démontre que des résultats positifs ont été constatés dans nombre de domaines et de champs d'intervention. À la lumière d'études théoriques (p. ex., LaGuardia & Ryan, 2000) et empiriques (p. ex., Ritholz, 2011), présentées ci-dessus, il est possible d'envisager que le soutien offert aux besoins du patient puisse être

associé à de meilleurs résultats thérapeutiques et possiblement favoriser la création et le maintien de l'alliance thérapeutique.

Alliance thérapeutique

Cette section s'intéresse à l'aspect relationnel de la psychothérapie et à son importance au regard de l'efficacité thérapeutique. Depuis plusieurs décennies, de nombreuses recherches ont démontré l'importance de la relation thérapeutique entre le patient et son thérapeute, et ce, indépendamment de l'orientation thérapeutique utilisée par le thérapeute (p. ex., Brillon, 2011; Bordin, 1975; Gaston & Marmar, 1994; Greenson, 1965; Horvath & Bedi, 2002; Lambert & Ogles, 2004) et du type de problème du patient (Horvath & Bedi).

Historique du concept de l'alliance thérapeutique

L'importance de l'alliance thérapeutique a été reconnue il y a plus d'un siècle, par Freud qui distinguait deux formes d'attachement (Freud, 1958). L'une favorisant la coopération et l'autre concernant les sentiments positifs du client vis-à-vis son thérapeute. Freud considérait l'alliance thérapeutique comme un facteur de guérison, l'analyste faisant alliance avec le « Moi affaibli » du client pour se liguer contre la maladie. Freud soulignait que l'intérêt et la compréhension empathique que le thérapeute manifeste au client permettent un lien d'attachement solide entre la partie saine de celui-ci et la personne de l'analyste. Toutefois, c'est Zetzel (1956) qui a été la première à

présenter le terme « d'alliance thérapeutique » qu'elle considérait comme le résultat d'un attachement et d'une identification du client à son thérapeute.

De son côté, Greenson (1965) avait observé qu'une collaboration positive entre le thérapeute et le client représentait un élément essentiel d'une thérapie efficace. Il utilisait à la fois les termes « alliance de travail » et « alliance thérapeutique ». Bordin (1975) a proposé le terme d'« alliance de travail » dont il distingue trois composantes : 1) l'entente entre patient et thérapeute sur les objectifs; 2) l'accord sur les tâches à accomplir et les modalités de traitement pour atteindre les objectifs; 3) le lien de respect et de confiance mutuelle.

Plus récemment, Brillon (2011) a proposé une distinction entre alliance de travail et alliance thérapeutique et mentionné que les deux types d'alliances sont nécessaires pour que s'opère le changement chez le client. Elle y a défini l'alliance de travail comme une disposition mentale positive face au traitement, permettant des efforts conscients pour collaborer au processus, alors que l'alliance thérapeutique y est définie comme le désir de collaboration s'appuyant sur les sentiments positifs du client envers le thérapeute. Selon Brillon, ces deux aspects prennent en compte que l'individu fait appel à des aspects logiques et rationnels, mais aussi que sa motivation consciente est issue d'aspects affectifs correspondant à l'état de souffrance dans lequel il se trouve et au désir de s'en extraire, ainsi qu'à des sentiments positifs vis-à-vis le thérapeute.

Définition

Il existe plusieurs définitions de l'alliance thérapeutique. Bordin (1975) définissait l'alliance comme un engagement et un accord entre le client et le thérapeute, concernant les buts et les tâches relatives à l'atteinte des objectifs thérapeutiques. La définition qui a été retenue pour la présente étude est celle de Gaston et Marmar (1994). Elle apparaît être plus complète, tenant compte des aspects relationnels du thérapeute, du client, de l'implication de chacun d'eux et du processus dans lequel ils se trouvent. Gaston et Marmar définissent l'alliance thérapeutique comme étant le lien thérapeutique qui s'établit entre le thérapeute et le client, en partie grâce à l'attitude compréhensive du thérapeute et à son implication. L'alliance thérapeutique implique aussi, selon ces chercheurs, un consensus entre le client et le thérapeute sur les modalités thérapeutiques, ainsi que les objectifs à atteindre. Elle requiert, de la part du client, une bonne capacité à travailler avec le thérapeute et à s'engager dans le processus thérapeutique.

Instruments de mesure de l'alliance thérapeutique

Il existe plusieurs instruments de mesure de l'alliance thérapeutique tels que le WAI (Horvath & Greenberg, 1989), les Penn Helping Alliance Scales (Alexander & Luborsky, 1986), les Vanderbilt Therapeutic Alliance Scales (Hartley & Sturp, 1983) et la CALPAS (Gaston & Marmar, 1994). De plus, certains d'entre eux comportent différentes versions. Il s'agit de questionnaires autorapportés qui s'adressent aux clients, thérapeutes et observateurs externes.

Une étude réalisée par Ogrodniczuk, Piper, Joyce et McCallum (2000) a démontré que les clients tendent à évaluer plus fortement l'alliance thérapeutique que le font les thérapeutes. Cette différence est attribuable à la nouveauté que représente pour les clients le contexte thérapeutique et qui explique la force de leurs réactions émotionnelles. Les thérapeutes font généralement preuve d'une plus grande réserve dans leur perception de la force de l'alliance thérapeutique. Plusieurs chercheurs sont d'avis que la perception du client concernant l'alliance thérapeutique est plus efficace pour prédire l'alliance thérapeutique que la perception des thérapeutes ou des personnes extérieures à la relation thérapeutique (Hersoug, Hoglend, Monsen, & Havik, 2001; Horvath & Symonds, 1991; Lambert & Bergin, 1994; Martin et al., 2000; Wampold, 2001). Ainsi, pour cette raison, dans la présente étude c'est la version client de la CALPAS qui sera utilisée.

Moment de mesure et alliance thérapeutique

La mesure de l'alliance thérapeutique entre le client et le thérapeute, effectuée au début de la thérapie s'avère un bon prédicteur des résultats thérapeutiques chez le client (Constantino, Castonguay, & Schut, 2002; Horvath & Symonds, 1991; Luborsky, 1976; Roth & Fonagy, 1996; Waddington, 2002). À la suite d'une recension des écrits portant sur l'alliance thérapeutique, Horvath (2000) a constaté que la probabilité de l'efficacité du traitement augmente si l'alliance thérapeutique est développée lors des cinq premières séances. Des études ont aussi démontré que la qualité de la relation thérapeutique précoce est associée aux résultats obtenus subséquemment (Hersoug,

Høglend, Havik, & Monsen, 2010; Hilsenroth, Peters, & Ackerman, 2004; Stiles, Agnew-Davies, Hardy, Barkham, & Shapiro, 1998).

D'autres chercheurs ont remarqué qu'une mesure prise trop tôt risque d'être inefficace pour prédire l'efficacité thérapeutique (Gaston, Thompson, Gallagher, Cournoyer, & Gagnon, 1998). Il s'avère dès lors préférable de donner le temps à l'alliance de s'établir. Gaston et al. concluent que toutes les mesures prises entre la troisième et la cinquième rencontre ainsi que les mesures subséquentes constituent de bons prédicteurs de l'efficacité thérapeutique, alors que celles prises avant la troisième séance sont jugées inefficaces.

Développement de l'alliance dans le temps

L'alliance thérapeutique est, comme toutes les relations humaines, une relation dynamique (Stiles & Goldsmith, 2010). Plusieurs études portant sur l'alliance thérapeutique (p. ex., Golden & Robin, 1990; Joyce & Piper, 1990; Kramer, de Roten, Beretta, Michel, & Despland, 2009; Stiles et al., 1998) ont démontré qu'elle tendait à s'accroître durant le processus thérapeutique. Certaines études ne sont pas parvenues à définir un modèle général d'évolution de l'alliance thérapeutique (p. ex., Gaston, Pipher, Debbane, Bienvenu, & Garant, 1994; Hartley & Strupp, 1983; Hilsenroth et al., 2004), alors que d'autres ont décrit une courbe en U (Gelso & Carter, 1994; Horvath & Luborsky, 1993). Selon ces dernières, l'alliance thérapeutique serait forte au début du processus, plus faible au milieu et forte de nouveau à la fin. Ainsi, il est difficile

d'établir avec certitude la courbe d'évolution de l'alliance thérapeutique, mais il semble établi qu'elle évolue et change en cours de processus.

Bien qu'il existe des instruments de mesure de l'alliance thérapeutique valides et fiables, les scores peuvent varier en cours de thérapie. L'alliance thérapeutique est sensible aux interactions entre le client et le thérapeute; par conséquent, elle tend à se modifier en cours de thérapie. Elle est aussi sujette aux ruptures, en particulier lors de crises dans le travail thérapeutique (Hartley & Strupp, 1983). Ce peut être le cas si le thérapeute éprouve de la difficulté à comprendre le client, ou si trop de résistances sont mises en place par ce dernier (Hartley & Strupp). Il est ainsi probable que le moment où la mesure est prise ait un impact sur les scores d'alliance thérapeutique obtenus.

Conception multidimensionnelle et alliance thérapeutique

Gaston (1990) décrit l'alliance thérapeutique en suggérant quatre composantes. La première réfère à la relation affective du client à l'endroit de son thérapeute. La seconde renvoie à la capacité du client à collaborer activement et à s'impliquer dans la thérapie. La troisième composante réfère à l'implication du thérapeute et à sa capacité de manifester les habiletés telles que la compréhension empathique. Finalement, la dernière composante correspond au consensus entre le client et le thérapeute concernant les buts et les tâches reliés à la thérapie. Cette conception l'alliance thérapeutique permet de couvrir l'ensemble des dimensions de l'alliance thérapeutique et ainsi d'obtenir une appréhension plus complète du phénomène.

Relation affective entre client et thérapeute. Malgré un nombre important de recherches sur l'alliance thérapeutique, certains auteurs soulignent qu'il existe peu de données portant sur les conditions qui permettent le développement d'une alliance solide (Castonguay, Constantino, & Grosse Holtforth, 2006). Toutefois, il a été reconnu que la compatibilité entre la personnalité du thérapeute et celle du client contribuait à l'établissement de l'alliance thérapeutique entre eux (Taber, Leibert, & Agaskar, 2011).

Selon Goudreau et Côté (2001), l'alliance thérapeutique commence à se manifester à partir du moment où le client se sent compris par son thérapeute qui offre à la fois un soutien émotionnel suffisant et un encadrement propice à l'émergence d'un sentiment de sécurité. Fort de cet appui, le client amorce alors plus volontiers le travail thérapeutique.

Brillon (2011) ajoute que l'écoute du thérapeute diffère souvent de ce à quoi le client est habitué dans son milieu de vie et amène une nouvelle compréhension et formulation de sa demande. Le client, qui se sent ainsi compris, éprouve un sentiment de gratitude qui rend possible la confiance et l'attachement à l'égard du thérapeute. Le lien affectif est donc créé d'une part par les attitudes positives du thérapeute à l'égard du client, mais ce lien n'est pas à sens unique.

Collaboration active entre client et thérapeute. Plusieurs chercheurs ont observé la présence d'un lien affectif à l'intérieur de la relation thérapeutique, mais ils précisent que ce lien doit être associé à une autre dimension, le travail spécifique de la thérapie

(Freud, 1958; Gaston & Marmar, 1994; Horvath, 2000; Safran & Muran, 2000; Zetzel, 1956). Pour Greenson (1965), il s'agit d'un partenariat entier et égalitaire entre le thérapeute et le client et il importe que les deux se sentent mutuellement concernés.

Habiletés du thérapeute. Les habiletés du thérapeute entrent, elles aussi, en jeu pour permettre à l'alliance thérapeutique de s'établir. Parmi les habiletés du thérapeute, Greenson (1965) incluait sa capacité à procéder à un examen minutieux du travail que lui et son client effectuent conjointement. Il a aussi été reconnu que l'alliance thérapeutique est liée significativement au niveau d'empathie du thérapeute envers son client (Horvath & Greenberg, 1989). Pour Safran, Muran et Eubanks-Carter (2011), les habiletés de base du thérapeute au regard de l'alliance thérapeutique sont la conscience de soi, la régulation des affects et la sensibilité interpersonnelle. Ces habiletés permettent, entre autres, de reconnaître et recevoir les réactions du client, ses insatisfactions, et d'en faciliter l'expression.

Dans une revue de 25 études sur les comportements des thérapeutes et l'alliance thérapeutique, Ackerman et Hilsenroth (2003) ont démontré que l'alliance est meilleure lorsque le thérapeute présente certaines caractéristiques : par exemple, si le thérapeute s'affirme, s'il fait preuve de flexibilité, d'assurance, s'il démontre une écoute empathique et une capacité de communiquer clairement avec son client. Ils ont aussi identifié certaines techniques spécifiques, utilisées par les thérapeutes et qui seraient associées à l'alliance thérapeutique. C'est le cas des techniques de collaboration

interactive utilisées pour l'exploration des thèmes interpersonnels et des buts à atteindre. Ces chercheurs mentionnent également que l'utilisation de techniques de soutien est aussi associée à une alliance thérapeutique plus forte entre le thérapeute et son client. Ces conclusions sur l'utilisation de techniques de soutien permettent d'entrevoir une possibilité de lien positif entre le soutien aux besoins fondamentaux du client et l'alliance thérapeutique, deux variables de cette étude.

Consensus entre thérapeute et client. Le consensus reflète le degré d'accord, implicite ou explicite, entre les visions respectives du patient et du thérapeute à propos de ce en quoi devrait consister le travail thérapeutique (Gaston et al., 1998). Selon Bordin (1975), pour établir l'alliance thérapeutique, le thérapeute et son client doivent discuter des buts et tâches relatives au travail thérapeutique et de leurs visions respectives des stratégies de travail. Le thérapeute doit faire le lien entre ces informations et convenir d'une entente avec le client (Horvath & Luborsky, 1993).

Ce type de comportement du thérapeute est directement lié au soutien à la compétence qui a été traité précédemment. En effet, fournir de l'information en quantité suffisante, donner une structure au traitement et expliquer les raisons de ce choix constituent des interventions de soutien au besoin de compétence du client.

Liens entre les variables à l'étude

Après avoir défini et exposé des données relatives aux variables retenues, il importe de s'intéresser aux relations entre ces variables, ce que les paragraphes qui suivent proposent de faire.

Efficacité thérapeutique et soutien aux besoins fondamentaux

Dans la perspective où le contexte social devient l'espace thérapeutique et que le thérapeute offre du soutien aux besoins d'autonomie, de compétence et d'affiliation, la recension des écrits indique qu'il est vraisemblable que la personne s'investisse davantage dans le travail thérapeutique, maximisant ainsi l'efficacité de la thérapie.

Les résultats d'études présentées précédemment, dans des domaines autres que la psychothérapie, ont démontré l'existence de liens entre le soutien accordé aux besoins fondamentaux et des résultats positifs (p. ex., éducation, sports, comportements de santé, adhérence au traitement psychopharmacologique).

Même si à l'heure actuelle, il existe peu de recherches qui ont spécifiquement étudié le soutien à l'autonomie en lien avec l'efficacité thérapeutique, on peut penser que, dans le cadre de la psychothérapie, le soutien offert aux besoins d'autonomie du patient soit associé à une meilleure efficacité thérapeutique. Certaines études ont laissé voir des liens indirects entre le soutien à l'autonomie de la part du thérapeute (Zuroff et al., 2007, Zuroff et al., 2012) ou la satisfaction du besoin d'autonomie (Dwyer, Hornsey,

Smith, Oei, & Dingle, 2011) et la réduction des symptômes de dépression. De plus, l'étude de Ritholz (2011) a démontré un lien direct et fort entre la satisfaction des besoins (autonomie, compétence, affiliation) et les résultats thérapeutiques, notamment le rétablissement des personnes avec des problèmes de santé mentale.

En somme, l'ensemble de ces résultats permet de penser que le soutien aux besoins fondamentaux du client soit associé à une amélioration consécutive à un suivi psychothérapeutique.

Soutien aux besoins fondamentaux et alliance thérapeutique

Quelques études (Blais, Sabourin, Boucher, & Vallerand, 1990 ; Knee, Lonsbary, Canevello, & Patrick, 2005; LaGuardia et al., 2000) ont démontré que le soutien à l'autonomie favorise l'attachement une variable dont le construit partage certains éléments avec l'alliance thérapeutique.

De plus, quelques études empiriques ont porté sur la relation entre le soutien aux besoins fondamentaux et l'alliance thérapeutique. Le contexte théorique a permis de constater qu'il existe une certaine ressemblance entre les interventions du thérapeute qui soutiennent les besoins d'autonomie, de compétence et d'affiliation du client et les attitudes du thérapeute qui sont associées à l'alliance thérapeutique. Par exemple, le thérapeute qui soutient l'autonomie du client est plus susceptible de favoriser une alliance thérapeutique forte, que celui qui tente de le contrôler. De plus, deux études

spécifiques, présentées ci-après, ont démontré des liens significatifs entre les deux construits : 1) une étude de Zuroff et al. (2007) portant spécifiquement sur la relation entre le soutien au besoin d'autonomie et l'alliance thérapeutique; 2) une étude de Ritholz (2011) sur la satisfaction des besoins d'autonomie, de compétence et d'affiliation et l'alliance thérapeutique.

Certains chercheurs ont également démontré l'existence d'une relation entre l'utilisation de techniques de soutien et une alliance thérapeutique solide entre le thérapeute et son client (Ackerman & Hilsenroth, 2003). Leurs conclusions sur l'utilisation de techniques de soutien laissent entrevoir la possibilité d'un lien positif entre le soutien aux besoins fondamentaux du client et l'alliance thérapeutique.

Alliance thérapeutique et efficacité thérapeutique

Le lien entre l'alliance thérapeutique et l'efficacité thérapeutique a été beaucoup étudié. Plusieurs méta-analyses ont été effectuées sur le sujet (p. ex., Horvath & Symonds, 1991; Martin et al., 2000), dont celle Horvath et Bedi (2002) qui concluaient en l'existence d'un lien significatif entre l'alliance et les résultats thérapeutiques avec une corrélation de 0,28. Celle de Horvath et Symonds a démontré un coefficient de corrélation de 0,26 entre l'alliance thérapeutique et les résultats de la psychothérapie. Les résultats de Martin et al., (2000) indiquent que l'alliance thérapeutique explique plus de 10 % de la variance des résultats obtenus en thérapie. Plus récemment, Horvath, Del Re, Flückiger, et Symonds (2011) ont examiné 201 études et effectué 190 comparaisons.

Leurs résultats affichent une corrélation de 0,28 avec 7,8 % de la variance des résultats de la thérapie expliquée par la variable alliance thérapeutique. Ces résultats diffèrent des 30 % attribués à l'alliance thérapeutique, mis de l'avant par Lambert et Asay (1999).

Certains chercheurs considèrent que l'alliance thérapeutique pourrait être à l'origine des changements pendant le processus thérapeutique (Frank & Gunderson, 1990; Gaston, Marmar, Gallagher, & Thompson, 1991), d'autres la considèrent comme un « robuste prédicteur » du changement (Barber, Connolly, Crits-Christoph, Gladis, & Siqueland, 2000; Barber, Khalsa, & Sharpless, 2010; Budd & Hughes, 2009 ; Constantino et al., 2002; Howgego, Yellowlees, Owen, Meldrum, & Dark, 2003). Bon nombre d'études arrivent à la conclusion qu'elle contribue aux résultats thérapeutiques (Castonguay et al., 2006), et ce, indépendamment de l'approche ou de la technique (Norcross & Wampold, 2011). Certaines études la considèrent nécessaire bien qu'insuffisante à elle seule pour amener des changements (Lambert & Ogles, 2004).

De plus, il est essentiel de noter que la force du lien entre l'alliance thérapeutique et l'efficacité thérapeutique peut fluctuer en cours de processus (Ackerman & Hilsenroth, 2003; Crits-Christoph et al., 2006) et que la corrélation entre ces deux variables s'accroît progressivement pendant la durée de la thérapie (Gaston et al., 1994 ; Saunders, 2000; Stiles et al., 1998). Ceci pourrait expliquer les différences de résultats obtenus dans les différentes méta-analyses (Horvath & Bedi, 2002; Horvath et al., 2011; Horvath & Symonds, 1991; Martin et al., 2000). Il est à noter qu'un facteur susceptible

d'expliquer la différence des résultats tient à l'utilisation d'instruments différents pour mesurer l'alliance thérapeutique, ainsi que l'impact d'autres variables, telles la diversité et complexité des problématiques, des approches et des contextes.

Synthèse de la recension des écrits

En somme, la recension des écrits indique qu'il a été démontré que les thérapies sont efficaces pour une variété de problèmes psychologiques. Les données empiriques ont également mis en évidence que, peu importe l'approche utilisée, des résultats thérapeutiques positifs en découlent, et ce, même dans le cadre de processus brefs tels que ceux offerts dans les PAE. Les processus brefs seraient moins efficaces pour certaines problématiques telles que les troubles de personnalité qui demandent plus de temps à traiter.

Parmi les caractéristiques du thérapeute qui ont fait l'objet d'études, certaines sont liées davantage à l'efficacité thérapeutique, notamment les comportements interpersonnels du thérapeute. Les plus souvent mentionnés sont l'empathie du thérapeute, sa capacité à accepter le client et sa contribution à l'alliance thérapeutique. Ainsi, les caractéristiques du thérapeute se trouvent associées non seulement à l'efficacité de la thérapie, mais également à l'alliance thérapeutique. Ce sont deux variables faisant l'objet de cette étude.

Par ailleurs, plusieurs recherches adoptant la TAD comme cadre de référence ont démontré que le fait de soutenir les besoins fondamentaux des personnes entraînait des conséquences favorables dans différents domaines (éducation, sport, santé, etc.). Même si peu d'études empiriques l'ont démontré, il est vraisemblable que les résultats de la psychothérapie soient aussi associés aux comportements interpersonnels du thérapeute, notamment au soutien aux besoins fondamentaux du patient, une variable retenue dans la présente étude.

Outre la vérification de l'efficacité des suivis thérapeutiques de l'étude, cette recherche vise à mieux comprendre les relations entre celle-ci, le soutien aux besoins du patient par le thérapeute et l'alliance thérapeutique.

Objectifs et hypothèses de recherche

La présente étude vise à évaluer l'efficacité des processus thérapeutiques brefs suivis par les participants et à évaluer les liens existant entre cette dernière et deux variables associées : 1) le soutien aux besoins d'autonomie, de compétence et d'affiliation, offert au client par le thérapeute; 2) l'alliance thérapeutique. L'étude cherche aussi à évaluer la relation entre ces deux variables. La recension des écrits rapportés dans le contexte théorique permet de formuler les quatre hypothèses et les deux questions de recherche suivantes :

Hypothèses de recherche

H1 : L'état psychologique des participants s'est amélioré suite à la thérapie indiquant l'efficacité de la thérapie.

H2 : Le soutien offert par le thérapeute aux besoins d'autonomie, de compétence et d'affiliation du client est lié positivement à l'efficacité thérapeutique.

H3 : Le soutien offert par le thérapeute aux besoins d'autonomie, de compétence et d'affiliation du client est liée positivement à l'alliance thérapeutique.

H4 : L'alliance thérapeutique est liée positivement à l'efficacité thérapeutique.

Questions de recherche

Q1 : Entre le soutien à l'autonomie, à la compétence, à l'affiliation, lequel est le plus fortement relié à l'efficacité thérapeutique?

Q2 : Entre le soutien à l'autonomie, à la compétence et à l'affiliation, lequel est le plus fortement relié à l'alliance thérapeutique?

Méthode

Il sera question dans le présent chapitre de la méthode utilisée pour la réalisation de la recherche. Y apparaissent les points suivants : les participants, les instruments de mesure utilisés, le déroulement de la cueillette de données et le schème de recherche.

Participants

Les participants à l'étude ont été recrutés parmi les clients des services de psychothérapie au Saguenay Lac St-Jean, offerts dans le cadre de programmes d'aide aux employés, de services aux étudiants à l'université ou de la clinique universitaire de psychologie.

Les critères d'inclusion retenus stipulaient que les participants soient âgés de 18 ans et plus et soient engagés dans un processus thérapeutique à court terme, généralement d'une durée de cinq ou six séances. Toutefois, les données des participants ayant terminé au bout de quatre séances ont été conservées et utilisées puisque ces données permettaient de procéder aux analyses choisies. Les participants ayant retourné certains questionnaires sont au nombre de 39. Toutefois, seulement 22 ont retourné les questionnaires des trois temps de mesure.

L'échantillon final est composé de 22 individus, dont 19 femmes et 3 hommes. Le Tableau 1 présente les caractéristiques sociodémographiques des participants.

Tableau 1
Caractéristiques sociodémographiques des participants

Variables	%	n
Sexe		
Féminin	86,4	19
Masculin	13,6	3
État matrimonial		
Marié/conjoint de fait	63,6	14
Autres	36,4	8
Occupation principale		
Travail temps plein	72,7	16
Travail temps partiel	9,1	2
Retraite	4,5	1
Études à temps plein	9,1	2
Autres	4,5	1
Scolarité		
Secondaire complété	22,7	5
Études collégiales non complétées	13,6	3
Études collégiales complétées	27,3	6
Certificat universitaire complété	4,5	1
Baccalauréat universitaire non complété	9,1	2
Baccalauréat universitaire complété	9,1	2
Maîtrise complétée	13,6	3
Prise de médication		
Oui	13,6	3
Non	86,4	19

Tableau 1
Caractéristiques sociodémographiques des participants (suite)

Variables	%	n
Revenu personnel annuel		
Entre 15 000 et moins de 25 000	4,55	1
Entre 25 000 et moins de 35 000	27,3	6
Entre 35 000 et moins de 45 000	22,7	5
Entre 45 000 et moins de 55 000	9,1	2
55 000 et plus	22,7	5
Ne sait pas	9,1	2
Sans réponse	4,55	1
Revenu annuel du couple		
Entre 45 000 et moins de 55 000	13,6	3
55 000 et plus	54,6	12
Ne sait pas	4,55	1
Ne s'applique pas	22,7	5
Sans réponse	4,55	1
Paiement des honoraires		
Par le client	22,7	5
Par un tiers	77,3	17

Les participants sont âgés de 23 à 66 ans et l'âge moyen est de 42,70 ans avec un écart-type de 9,90. Comme l'échantillon provenait majoritairement de programmes d'aide aux employés, il était à prévoir qu'une forte proportion des participants occuperait un emploi. En effet, 72,7 % des participants travaillent à temps plein contre 9,1 % à temps partiel. Les gens à la retraite constituent seulement 4,5 % de l'échantillon.

En ce qui concerne le niveau de scolarisation, il est très variable. L'échantillon est composé de 36,3 % d'individus ayant fait des études de niveau universitaire, de 40,9 % de niveau collégial et de 22,7 % de niveau secondaire. Les études collégiales ont été réussies par 27,3 % des personnes, contre 13,6 % les ayant commencées sans s'être rendues au terme. Une proportion de 9,1 % de l'échantillon se trouvaient aux études à temps plein au moment de leur participation à la recherche.

Le revenu personnel d'au moins 50 % des participants est de plus de \$ 35 000 par année. Les revenus annuels de couple d'au moins 50 % de l'échantillon se situent à \$ 55 000 et plus par année. En ce qui a trait à la médication, les données indiquent que seulement 13,6 % des répondants prenaient une médication au moment où ils consultaient.

Instruments de mesure

Comme il a été mentionné dans le contexte théorique, les variables faisant l'objet de cette étude sont l'efficacité thérapeutique, l'alliance thérapeutique et le soutien au

besoin d'autonomie, de compétence et d'affiliation. Les instruments choisis pour mesurer ces variables sont : la Mesure d'impact (MI-30), un instrument permettant d'évaluer l'efficacité thérapeutique; la California Psychotherapy Alliance Scale (CALPAS), un instrument de mesure de l'alliance thérapeutique et l'Échelle des comportements interpersonnels (ECI), mesurant les comportements interpersonnels de soutien du thérapeute. Trois questionnaires autoadministrés ont été constitués à partir de ces instruments. Un questionnaire de données sociodémographiques a aussi été inclus. L'appendice A présente les trois questionnaires remis aux participants.

Mesure d'impact (MI-30)

La Mesure d'impact (MI-30) a été utilisée pour mesurer l'efficacité de la thérapie. Elle sert à évaluer les changements à la fin du processus thérapeutique. Il s'agit de la version française du OQ-30.2 (Outcome Questionnaire; Lambert et al., 2005). Cette version abrégée a été conçue à partir du OQ-45.2 (Outcome Questionnaire ; Lambert et al., 1996). La validation de la version française de cet instrument comportant 45 items a été réalisée par Flynn, Aubry, Guindon, Tardif, Viau, et Gallant (2002). La MI-45, traduction du OQ-45.2 (Lambert et al., 1996) comporte 3 sous-échelles selon la conceptualisation de Lambert et ses collaborateurs : les symptômes de détresse (SD), les relations interpersonnelles (RI), et l'ajustement dans les rôles sociaux (RS). Trois aspects du fonctionnement personnel sont mesurés par cet instrument : comment se sent l'individu, comment il se comporte avec les personnes significatives, comment il aborde le travail et les études. Selon Hatfield et Ogles (2004), le OQ-45 se retrouve parmi les

dix instruments les plus utilisés par les praticiens et est couramment utilisé en recherche clinique. Cet instrument de mesure gagne en popularité dans plusieurs pays, ce qui explique sa traduction en plusieurs langues autres que le français, notamment l'espagnol (Jurado, 2007), le japonais, le coréen, l'italien, le portugais, l'allemand et le néerlandais (de Jong et al., 2007).

Le OQ-30 (Lambert, et al., 2005) comporte 30 items dérivés du OQ-45.2. La version originale du OQ-45.2 a été réduite afin que les patients puissent le compléter dans un délai plus court et que l'instrument puisse être administré à plusieurs reprises en cours de thérapie et à la fin (Lambert et al., 2005). Les items ont été sélectionnés en raison de leur sensibilité aux changements, telle qu'estimée à partir d'une étude à grande échelle auprès de clients suivis en traitement (Vermeersch, Lambert, & Burlingame, 2000). La MI-30, (traduction du OQ-30.2; Lambert, et al., 2005) retient les trois mêmes dimensions conceptuelles de Lambert (Ellsworth, Lambert, & Johnson, 2006; Émond et al., 2002), mais offre une mesure unique. La MI-30 laisse voir des propriétés psychométriques et une sensibilité aux changements semblables à l'OQ-30.2 pour mesurer les progrès des clients en thérapie (Lalande, Émond, Savard, Boisvert, & Larouche, 2007). Son administration est économique, elle permet aussi de constater le progrès du client, en plus de rendre compte des changements associés à la thérapie.

L'instrument comporte trente énoncés cotés au moyen d'une échelle de type Likert à cinq points allant de « jamais » à « presque toujours ». Voici un exemple d'énoncé :

« J'ai de la difficulté à bien m'entendre avec des ami(e)s ou des connaissances proches ». Quatre énoncés doivent être recodés avant de calculer le score à ce test, soit les items 5, 9, 18 et 30 : 1 = 5, 2 = 4, 4 = 2, 5 = 1, et 3 demeurant inchangé.

Les scores à la MI-30 présentent une forte corrélation avec des mesures de psychopathologie et de bien-être généralement utilisées (Lalande et al., 2007). La fidélité test-retest dans un intervalle de 2 semaines ($r = 0,75$) est comparable aux résultats obtenus pour la version originale (Lalande et al.). La cohérence interne est de 0,90 pour la version originale (Lambert et al., 1996) et de 0,92 pour l'échantillon clinique et de 0,89 pour l'échantillon non clinique pour la traduction française (Lalande et al.). Pour le présent échantillon, les alphas aux Temps 1 et 3 sont respectivement de 0,91 et 0,88.

La MI-30, comme l'OQ-30.2, cible les symptômes d'un large éventail de troubles mentaux, mais ne constitue pas un outil diagnostique (Lambert et al., 2005). Le test fournit plutôt une indication du niveau de fonctionnement et un indice d'amélioration ou de détérioration de l'état psychologique du répondant. Le score est obtenu à partir de la somme des cotes obtenues aux trente énoncés. Un seuil de normalité a été déterminé par Lambert et al.. Ainsi, selon ce seuil, un score situé en dessous de 44 indique que le répondant ne présente pas plus de problèmes psychologiques que la majorité des gens (Lambert et al.). Plus le score est élevé, plus la détresse est importante. Les auteurs proposent trois niveaux de sévérité, soit normal (0-43), léger à modéré (44-64) et sévère

(65-120) (Lambert et al.). Les auteurs ont aussi établi qu'une variation de 10 points entre deux scores indique un changement considéré significatif au plan clinique. Toutefois, il importe de mentionner que ces normes ont été déterminées pour la population américaine. Les indications de seuil pourraient ne pas s'appliquer exactement. Il se peut aussi que, dans le cadre de thérapies de courte durée, comme dans la présente étude, un changement de 10 points soit plus rarement observé. Il faut toutefois considérer que l'atteinte du score de 44 peut aussi indiquer un résultat significatif même si le changement est inférieur à 10.

California Psychotherapy Alliance Scale (CALPAS)

L'instrument utilisé pour mesurer l'alliance thérapeutique dans cette étude est la California Psychotherapy Alliance Scale (CALPAS). Cette échelle est basée sur les travaux effectués au Langley Porter Psychiatric Institute de San Francisco. Dans la première version disponible, 41 items figuraient et devaient être complétés par des juges extérieurs. L'objectif de cet instrument consistait à évaluer les contributions favorables ou défavorables du client et du thérapeute en rapport avec l'établissement d'une alliance. Par la suite, Gaston et Marmar (1994) ont construit une échelle de 31 items qu'ils ont réduits finalement à 24 items. Cette échelle a été construite à partir des théories psychanalytiques et du modèle de Bordin (1975). Ses quatre sous-échelles sont les suivantes : 1) l'engagement du client; 2) la capacité du client à travailler; 3) l'attitude compréhensive du thérapeute et son implication; 4) le consensus entre le client et le thérapeute sur les modalités thérapeutiques (objectifs et moyens). Toutefois, une

attention particulière a été accordée afin de ne favoriser aucune approche thérapeutique particulière (Gaston, 1991). L'échelle a été conçue pour mesurer le même concept, peu importe l'allégeance théorique. L'instrument utilisé dans la présente recherche est la version française la plus récente ayant été traduite et validée par Gaston et Marmar. La CALPAS offre une mesure globale de l'alliance thérapeutique. Il existe deux versions, l'une s'adressant au thérapeute (CALPAS-T) et une seconde qui s'adresse au client (CALPAS-C). C'est cette dernière qui a été retenue pour la présente étude puisqu'il a été démontré que les clients tendent à évaluer plus fortement l'alliance thérapeutique que ne le font les thérapeutes. La CALPAS-C serait donc plus efficace pour estimer l'alliance thérapeutique (Ogrodniczuk et al., 2000).

L'instrument comporte 24 items sous forme d'énoncés auxquels le participant répond en attribuant une cote. À cette fin, le participant utilise une échelle de type Likert en sept points où 1 signifie « pas du tout » et 7 signifie « beaucoup ». Voici un exemple d'énoncé : « Vous êtes-vous senti(e) accepté(e) et respecté(e) pour ce que vous êtes par votre thérapeute? » Plusieurs items doivent être inversés pour calculer les scores. Pour la version client qui a été utilisée, les items 6, 8, 22, 1, 15, 18, 14, 20, 23, 2, 5, 9, doivent être recodés comme suit : (1 = 7) (2 = 6) (3 = 5) (5 = 3) (6 = 2) (7 = 1). La CALPAS-C présente une bonne validité de construit comme le souligne Gaston (1991). La version anglaise de cette échelle a fait l'objet de comparaison avec d'autres échelles de mesure de l'alliance thérapeutique, notamment avec le Working Alliance Inventory (corrélation de 0,83) ainsi qu'avec les Penn Helping Alliance Scales (corrélation de 0,79). Pour la

version originale anglaise de cette échelle, les coefficients de cohérence interne de la CALPAS-C obtenus par Gaston révèlent pour l'échelle globale, un alpha de 0,83. Les coefficients des sous-échelles sont les suivants : 0,64 pour l'implication du client, 0,43 pour la capacité de travail du client, 0,73 pour la compréhension empathique et l'implication du thérapeute, 0,51 pour le consensus sur la stratégie de travail, (Gaston).

Pour le présent échantillon, l'alpha de Cronbach est de 0,85 pour l'échelle globale. Les coefficients des sous-échelles sont les suivants : 0,53 pour l'engagement du client; 0,16 pour la capacité du client à travailler; 0,49 pour l'attitude compréhensive du thérapeute et son implication; 0,89 pour le consensus entre le client et le thérapeute. Dans une recherche portant sur la relation entre l'alliance thérapeutique, la santé mentale et la satisfaction du client envers la thérapie au cours d'un processus psychothérapeutique chez l'adulte (Boutin, 2005), l'instrument a également démontré une bonne cohérence interne ($\alpha = 0,84$) pour l'échelle globale. Les coefficients obtenus pour les échelles secondaires étaient : 0,66 pour l'engagement du client; 0,34 pour sa capacité de travail; 0,64 pour l'implication et la compréhension du thérapeute; 0,70 pour le consensus sur la stratégie de travail. Considérant la faible cohérence interne de certaines sous-échelles de la CALPAS, notamment la « capacité de travail du client », seule l'échelle globale sera utilisée pour estimer l'alliance thérapeutique et procéder aux analyses statistiques.

Échelle des comportements interpersonnels du thérapeute (ECI)

Pour mesurer les comportements interpersonnels de soutien du thérapeute, l'instrument retenu est la version française de L'Interpersonal Behavior Scale (IBS) qui a été élaborée par Otis et Pelletier (2000). L'ECI est un questionnaire autoadministré comportant à l'origine 35 items, dont voici un exemple : « Je sens que mon/ma thérapeute se soucie vraiment de moi ». Ces items sont cotés sur une échelle Likert en sept points allant de 1 « jamais » à 7 « toujours ». L'ECI permet de mesurer la perception de l'individu quant à l'implication du thérapeute à l'intérieur des entretiens. Cet instrument a été conçu pour mesurer le comportement interpersonnel et est basé sur la théorie de l'autodétermination de Deci & Ryan (1985). La version utilisée dans la présente étude compte 12 items et a été mise au point plus récemment (Pelletier, Sharp, Beaudry, & Otis, manuscrit en préparation). L'ECI permet de mesurer le soutien à l'autonomie, le soutien à la compétence et le soutien à l'affiliation de la part du thérapeute, à partir de la perception du client. Il s'agit pour le participant d'accorder une cote, traduisant la fréquence à laquelle son thérapeute émet les comportements mentionnés dans l'énoncé. Cet instrument comporte également des items à recoder avant de calculer le score, soit les items 4, 7, 9, 11 (7 = 1, 6 = 2, 5 = 3, 4 = 4, 3 = 5, 2 = 6, 1 = 7). Toutefois, l'item 2, a dû aussi être recodé pour tenir compte du contexte thérapeutique puisque les cotes à cet item non recodées allaient dans le sens contraire des autres items de l'échelle.

Pelletier et ses collaborateurs (manuscrit en préparation) ont mené quatre études pour la validation de l'ECI. La première visait à développer une première version comprenant 12 items divisés en trois sous-échelles correspondant aux trois dimensions des comportements interpersonnels évalués. Les sous-échelles ont démontré une bonne consistance interne. Les alphas de Cronbach pour les trois sous échelles étaient les suivants : 0,77 pour le soutien à l'autonomie ; 0,88 pour le soutien à la compétence et 0,87 pour le soutien à l'affiliation. Les fortes valeurs obtenues indiquent un niveau satisfaisant d'homogénéité entre les items de chacune des sous-échelles. Les corrélations entre les trois sous-échelles étaient en accord avec la théorie de l'autodétermination. Une forte relation a aussi été démontrée entre les échelles d'autonomie et d'affiliation (0,70) indiquant qu'elles sont étroitement reliées bien que distinctes sur le plan du construit.

La seconde étude de validation comportait trois études distinctes (Pelletier & al., manuscrit en préparation). Elle a confirmé la structure proposée, auprès de trois échantillons différents de participants, démontrant la validité de construit de l'ECI. Ceci a été effectué par le biais de corrélations entre les trois échelles et le construit relatif à la motivation dans des domaines de l'éducation, du sport et du bien-être. Toujours à partir de la seconde étude, trois analyses factorielles confirmatoires ont été réalisées pour les trois versions de l'instrument (ECI - perception des parents, ECI – perception des professeurs et ECI – perception des entraîneurs), confirmant la structure à trois facteurs de l'ECI. De plus, les résultats d'une analyse factorielle exploratoire, portant sur les items des trois groupes cibles, indiquaient que la structure à trois facteurs était optimale

et permettait de mesurer les comportements interpersonnels des parents, professeurs et des entraîneurs. Ces études ont donc démontré la validité de l'ECI. Cet instrument, dont les propriétés psychométriques ont été vérifiées, a l'avantage d'être polyvalent et utilisable dans différents domaines. Les coefficients de cohérence interne obtenus avec le présent échantillon pour les trois échelles sont les suivants : 0,86 pour le soutien à l'autonomie ; 0,86 pour le soutien à la compétence ; 0,66 pour le soutien à l'affiliation.

Questionnaire sociodémographique

Le questionnaire sociodémographique comprend des items relatifs à l'âge, au genre, au statut matrimonial, au revenu, à la scolarité et aux motifs qui ont amené le client à consulter (deuil, problème d'adaptation, psychopathologie, etc.), ainsi qu'aux sources de référence (employeur, collègue, syndicat, médecin, etc.). Ce questionnaire permet aussi de savoir si le client prend une médication et si ce dernier a vécu dernièrement des événements stressants.

Déroulement

La présente étude s'inscrit dans une recherche plus vaste sur les déterminants de l'efficacité thérapeutique. Un certificat d'éthique a été obtenu pour cette étude auprès du Comité d'éthique de la recherche (CER) de l'Université du Québec à Chicoutimi (Appendice B). Par la suite, le processus de collecte de données a été amorcé.

Le déroulement de la cueillette sur le terrain a débuté par le recrutement des psychothérapeutes afin d'obtenir leur participation au projet. Des démarches ont d'abord été effectuées auprès de PAE. Des rencontres avec certains des responsables de PAE ont permis de les informer de l'étude : but de la recherche, implication des intervenants et modalités pour la distribution des questionnaires. Le recrutement des psychologues et autres intervenants rattachés aux programmes d'aide aux employés a débuté par contact téléphonique. Par la suite, des intervenants ont été rencontrés. De plus, une intervenante du service aux étudiants de l'Université du Québec à Chicoutimi a accepté de participer à la recherche. Dans certains cas, la direction des PAE s'est chargée de solliciter les intervenants. Par la suite, la Clinique Universitaire de Psychologie (CUP) a accepté que les questionnaires soient distribués à la clientèle de la clinique. Tout au long de la collecte de données, plusieurs relances téléphoniques, auprès des organismes participants, ont été effectuées afin d'encourager la participation des intervenants. Les psychologues et autres intervenants participant à l'étude étaient de différentes approches cliniques et œuvraient dans la région du Saguenay-Lac-Saint-Jean. Ce sont approximativement quarante intervenants qui ont participé à la collecte de données.

Les thérapeutes qui acceptaient de participer devaient d'abord signer un formulaire de consentement éclairé (voir Appendice C) en tant que participants au projet de recherche. Une directive écrite leur était remise et ils devaient la lire aux nouveaux clients afin de les informer de l'existence de ce projet de recherche et de la possibilité

pour eux d'y prendre part. Cette directive expliquait la marche à suivre et les implications pour le client qui souhaitaient participer (voir Appendice D).

La collecte de données a nécessité la préparation d'enveloppes qui contenaient les directives, les formulaires de consentement éclairé, les questionnaires et les enveloppes de retour adressées et affranchies. Sur une période d'un an, ce sont 300 trousseaux qui ont été préparés. Sur ce nombre, 240 ont été distribués. La collecte des données devait être poursuivie jusqu'à ce que l'échantillon atteigne la taille requise pour les analyses statistiques projetées. Toutefois, comme la réponse a été très inférieure à ce qui était attendu, la collecte de données a été interrompue. C'est notamment parce que la présente étude était réalisée dans le cadre d'un essai doctoral et que le temps alloué pour la compléter était limité, qu'il a fallu mettre un terme à la collecte de données après plus d'un an sur le terrain.

À la première rencontre, chaque client qui acceptait de participer se voyait remettre, par le thérapeute, une enveloppe contenant trois enveloppes affranchies. La première enveloppe (T1) contenait une lettre expliquant le but et le déroulement de la recherche, un formulaire de consentement à signer (voir Appendice E), un questionnaire comportant les directives, les questions sociodémographiques ainsi que la MI-30. Après la troisième rencontre (T2), le participant utilisait la seconde enveloppe affranchie (T2) qui contenait un questionnaire intégrant les directives, l'ECI et la CALPAS. Après la dernière rencontre (T3), le client ouvrait la troisième enveloppe affranchie (T3)

renfermant les consignes et un questionnaire, incluant la MI-30, les informations générales.

Des mesures ont été prises pour préserver l'anonymat des clients ayant accepté de participer à la recherche et la confidentialité des données. Ces mesures prévoyaient, dans un premier temps, que les chercheurs n'entrent pas en contact avec les clients et que les thérapeutes ne recevraient aucun résultat relativement à leur participation et à celle de leurs clients. Toutefois, une fois la recherche terminée, les résultats de l'étude seront accessibles. Deuxièmement, les consentements signés par les clients se trouvaient sur un formulaire à part qui ne pouvait être mis en lien avec les réponses aux questionnaires lors de l'entrée de données. Finalement, pour les programmes d'aide et le service aux étudiants, les enveloppes-réponses étaient accompagnées d'une enveloppe affranchie que le client mettait lui-même à la poste après avoir rempli le questionnaire. Pour les clients de la Clinique universitaire de psychologie, une boîte fermée à clé était installée dans un endroit accessible aux clients et identifiée afin d'être repérée facilement. Les clients étaient invités à y déposer leurs questionnaires une fois complétés et seuls les chercheurs avaient accès au contenu des boîtes.

Schème de recherche

Il s'agit d'une étude exploratoire, utilisant un schème de recherche de type descriptif corrélationnel à mesures répétées, sans groupe contrôle. Plus spécifiquement l'étude visait l'évaluation de l'efficacité des suivis thérapeutiques et l'étude des liens

entre celle-ci et les comportements interpersonnels des thérapeutes et l'alliance thérapeutique.

Résultats

Ce chapitre présente les résultats de l'étude réalisée et se divise en trois parties. La première partie expose les analyses statistiques utilisées. La seconde porte sur les analyses préliminaires effectuées et la troisième sur les analyses principales.

Analyses statistiques utilisées

Des analyses statistiques préliminaires ont d'abord été réalisées dans le but de décrire les caractéristiques des participants, présentées dans le chapitre méthode, et de vérifier la distribution des données pour les variables de l'étude. La vérification des hypothèses de recherche et la réponse aux questions ont fait appel à des comparaisons de moyennes à partir de tests *t* et à des corrélations de Pearson. Il est à noter que les analyses prévues à l'origine incluaient la régression multiple. Toutefois, la petite taille de l'échantillon, conséquence des difficultés de recrutement, a fait en sorte qu'il n'a pas été possible d'effectuer ces régressions. En effet, une analyse de puissance G-Power (Faul, Erdfelder, Lang, & Buchner, 2007) indiquait que pour un effet moyen et une puissance de 0,95, la taille de l'échantillon requis était de 89.

Les liens entre les variables ont été estimés au moyen de corrélations de Pearson avec un seuil de $p < 0,10$. Ce seuil de signification a été choisi en fonction de la taille réduite de l'échantillon et en prenant en compte qu'il s'agit d'une étude exploratoire.

Analyses préliminaires

Des analyses préliminaires ont été réalisées. Elles portent sur la distribution des données et le nombre de séances de thérapie suivies.

Distribution des données

Les analyses préliminaires visaient à vérifier la distribution des données. Le Tableau 2 présente, pour chacune des variables mesurées dans l'étude, les résultats des analyses sur les distributions des données. On y retrouve : le minimum, le maximum, la moyenne, l'écart-type et les coefficients d'asymétrie et d'aplatissement.

Comme le laisse voir le Tableau 2, la plupart des variables présentent des distributions normales. Toutefois, les variables de soutien à la compétence, d'alliance thérapeutique et, dans une moindre mesure, de soutien à l'autonomie soulèvent quelques questions en raison de leur asymétrie et de leur aplatissement. Les données de ces trois variables présentent une asymétrie négative et une distribution leptocurtique (pointue). Ceci indique une faible variation des données associées à ces variables qui pourrait avoir une incidence sur les analyses statistiques subséquentes.

Nombre de séances par participant

Le nombre minimal de séances suivi par les participants de l'étude est de 3, le maximum est de 16 séances, la moyenne est de 6,4. Les processus ont donc été très

Tableau 2

Analyses descriptives des principales variables à l'étude

	Min/Max	Moyenne	Écart-type	asymétrie	Kurtose
MI-30 T1	46,00/97,00	73,14	14,25	-,03	-,78
MI-30 T3	43,00/84,00	62,46	11,80	,20	-,86
Efficacité MI-30 (T1- T3)	-15,00/34,00	10,68	11,66	-,43	,12
Soutien à l'autonomie	7,00/28,00	22,29	5,23	-1,56	2,90
Soutien à la compétence	20,00/28,00	26,91	2,07	-2,57	6,50
Soutien à l'affiliation	14,00/28,00	23,40	3,75	-1,16	1,04
CALPAS total	4,21/6,83	6,13	0,56	-2,28	6,39

brefs, considérant que les suivis brefs se situent davantage entre 10 et 20 séances (Megglé, 1990; Sifneos, 1979).

Il importe de souligner la présence de deux valeurs extrêmes pour la CALPAS. En effet, les valeurs obtenues par ces deux participants produisent une augmentation de la moyenne. Plusieurs stratégies sont possibles dans des cas semblables. La première consiste à enlever les sujets ayant obtenu des valeurs extrêmes. La seconde stratégie est

de donner au sujet ayant la valeur la plus élevée, la seconde valeur plus élevée à laquelle on additionne un. La troisième stratégie consiste à attribuer la valeur moyenne au sujet ayant obtenu la valeur la plus élevée. Malheureusement, la première stratégie ne peut être utilisée lorsque l'échantillon est petit comme c'est le cas dans cette recherche. La seconde et la troisième stratégie auraient affecté directement la moyenne, ce qui aurait représenté un coût élevé comparativement aux gains. La stratégie la plus conservatrice consistait donc à conserver les scores obtenus. La distribution pour cette variable est leptokurtique, de même que pour la variable soutien aux besoins d'autonomie, de compétence et d'affiliation.

Analyses principales

Les analyses principales présentent les résultats des analyses effectuées pour vérifier les hypothèses et répondre aux deux questions de recherche. Suivront les analyses complémentaires réalisées.

Efficacité des processus thérapeutiques

L'hypothèse H1 stipulait que l'état psychologique des participants serait meilleur à la fin qu'au début du traitement et que, par conséquent, les processus thérapeutiques se montreraient efficaces. Pour vérifier si la différence entre les moyennes du pré-test et du posttest de la MI-30 est significative, un test t a été réalisé. L'homogénéité des variances a été préalablement vérifiée. Les résultats démontrent une différence significative ($t(21) = 4,29, p = 0,001$) entre la moyenne au pré-test de la Mesure d'impact ($M = 73,14, \acute{E}T =$

14,25) et la moyenne obtenue au posttest ($M = 62,45$, $ÉT = 11,79$). Ainsi, l'état psychologique des individus s'est amélioré entre le début et la fin de la thérapie. De plus, il est important de noter que la moyenne des différences obtenues entre le temps 1 et le temps 3, est supérieure à 10 (10,68), ce qui est considéré, selon les auteurs du test (Lambert et al., 2005), comme étant un résultat cliniquement significatif en termes d'amélioration de l'état psychologique des individus.

Comportements interpersonnels du thérapeute et efficacité thérapeutique.

L'hypothèse H2 portait sur le lien entre le soutien offert par le thérapeute aux besoins d'autonomie, de compétence et d'affiliation du client et l'efficacité de la thérapie. L'hypothèse 2 n'a pas été confirmée par l'analyse corrélacionnelle effectuée entre le soutien aux trois besoins et le score d'efficacité thérapeutique calculé à partir des différences obtenues entre les mesures à la MI-30 au temps 1 et celles au temps 3. Le Tableau 3 présente les résultats des corrélacions de Pearson. Les valeurs obtenues pour les corrélacions de Pearson ne sont pas significatives.

Comportements interpersonnels du thérapeute et alliance thérapeutique

L'hypothèse H3 stipulait que le soutien à l'autonomie, à la compétence et à l'affiliation, offert par le thérapeute au client, serait lié positivement à l'alliance thérapeutique. Pour vérifier cette hypothèse, des coefficients de corrélation de Pearson ont été calculés entre la mesure de l'alliance thérapeutique et les mesures des comportements interpersonnels du thérapeute, en ce qui a trait au soutien aux besoins.

Tableau 3

Corrélations entre le soutien aux besoins et l'efficacité thérapeutique (différence entre les mesures de la MI-30 au temps 1 et au temps 3) (N = 19)

Variabes	Efficacité thérapeutique (MI-30, T1 – T3)
Soutien à l'autonomie	-0,13 (ns)
Soutien à la compétence	0,09 (ns)
Soutien à l'affiliation	-0,25 (ns)

Les résultats sont présentés au Tableau 4. Ils démontrent que le soutien à l'autonomie, à la compétence et à l'affiliation offert au client par le thérapeute est lié positivement à l'alliance thérapeutique. Les corrélations obtenues sont significatives confirmant ainsi l'hypothèse H3 : $r = 0,70$ ($p < 0,001$) pour le soutien au besoin d'autonomie, $r = 0,83$ ($p < 0,001$) pour le soutien au besoin de compétence, et $r = 0,85$ ($p < 0,001$) pour le soutien au besoin d'affiliation. Les résultats démontrent que non seulement le lien est positif, mais aussi très fort.

Alliance thérapeutique et efficacité thérapeutique

L'hypothèse H4 stipulait l'existence d'un lien entre l'alliance thérapeutique et l'efficacité de la thérapie. Pour vérifier cette hypothèse, des corrélations de Pearson ont

Tableau 4

Corrélations entre les variables comportements interpersonnels du thérapeute et alliance thérapeutique (N = 22)

Variables	1	2	3	4
1. Soutien à l'autonomie	0,57**	0,70***	0,16	0,70***
2. Soutien à la compétence		0,67***	0,39 [†]	0,83***
3. Soutien à l'affiliation			0,45*	0,85***
4. CALPAS total				

[†] $p < 0,10$. * $p < 0,05$. ** $p < 0,01$. *** $p < 0,001$

été calculées entre l'alliance thérapeutique et la mesure d'impact au temps 1 (MI-30, T1) et au temps 3 (MI-30, T3), ainsi que la différence entre ces deux mesures qui constitue le score d'efficacité thérapeutique (MI-30, T1 – T3). Le Tableau 5 présente les résultats obtenus. Le coefficient de corrélation de Pearson, permettant de mettre en relation l'alliance thérapeutique et l'efficacité de la thérapie, n'est pas significatif ($r = -0,24$, $p = 0,92$).

Par contre, le coefficient de corrélation obtenu entre l'alliance thérapeutique et la MI-30 au temps 3 ($r = -0,41$, $p = 0,06$) laisse voir un lien significatif entre l'alliance thérapeutique et l'état psychologique du client après la thérapie ($r = -0,41$; $p < 0,10$).

Tableau 5

Corrélations de Pearson entre l'alliance thérapeutique (CALPAS), les scores obtenus à la MI-30 aux différents temps de mesure (T1, T3), et les mesures associées à l'efficacité thérapeutique (MI-30, T1 – T3)

Variables	M	ÉT	Corrélations de Pearson		
			MI-30 (T1)	MI-30 (T3)	MI-30 (T1 – T3)
1. CALPAS	6,58	0,57	-0,36 [†] (<i>p</i> = 0,10)	-0,41 [†] (<i>p</i> = 0,06)	-0,24 (ns) (<i>p</i> = 0,92)

[†] *p* < 0,10.

De plus, les résultats démontrent une corrélation de $r = -0,36$ ($p = 0,10$) entre la mesure de l'alliance et la mesure de la MI-30 au temps 1. Quant à la présence du signe négatif, celui-ci indique que plus les résultats sont élevés pour la CALPAS, plus l'état psychologique du client est bon, conséquemment, les scores à la MI-30 sont plus bas.

Questions de recherche portant sur les variables à l'étude

La présente étude comporte deux questions de recherche et les résultats relatifs à ces questions sont présentés ci-dessous.

Soutien aux besoins et efficacité thérapeutique.

La question 1 visait à vérifier quel soutien, entre le soutien à l'autonomie, à la compétence et à l'affiliation, serait le plus fortement lié à l'efficacité thérapeutique. Comme aucune des corrélations n'est significative, il n'est pas possible de répondre à la question.

Alliance thérapeutique et soutien aux besoins

Les résultats présentés dans le Tableau 4 seront considérés à nouveau pour répondre à la question 2, visant à déterminer quel soutien, entre le soutien à l'autonomie, à la compétence et à l'affiliation, est plus fortement relié à l'alliance thérapeutique. Il ressort que la corrélation avec l'alliance thérapeutique est plus forte pour le soutien à l'affiliation ($r = 0,85, p < 0,001$) et le soutien à la compétence ($r = 0,83; p < 0,001$) et un peu plus faible pour le soutien à l'autonomie ($r = 0,70, p < 0,001$).

Analyse complémentaire

Une analyse complémentaire a porté sur le lien entre l'état psychologique du participant aux temps 1 et 3 et l'efficacité thérapeutique. Tel que mentionné dans la méthode, la MI-30 est non seulement une mesure d'efficacité thérapeutique lorsque répétée, mais elle offre aussi à chaque passation, une indication de l'état psychologique du client dans les sept jours précédant le moment de la mesure. L'analyse complémentaire a vérifié les corrélations entre les mesures de la MI-30 au temps 1 et au temps 3 et l'efficacité thérapeutique. Les résultats laissent voir un lien significatif au

temps 1 ($r = 0,60$; $p = 0,003$), ce qui indique que l'état psychologique du patient au départ est lié à l'efficacité thérapeutique. Plus spécifiquement, moins l'état est bon au départ, plus le patient profitera de la thérapie.

En somme, les résultats des analyses statistiques réalisées ont mis en évidence l'efficacité des processus thérapeutiques ainsi qu'un lien significatif entre l'alliance thérapeutique et le soutien par le thérapeute aux besoins fondamentaux des participants. Toutefois, aucune relation significative n'a été confirmée entre l'efficacité de la thérapie et les variables relationnelles (soutien aux besoins et alliance thérapeutique).

Discussion

Les objectifs de la présente étude consistaient à évaluer l'efficacité de processus thérapeutiques et à examiner les relations entre le soutien aux besoins d'autonomie, de compétence et d'affiliation, l'alliance thérapeutique et l'efficacité thérapeutique. Ce dernier chapitre présente une discussion des résultats dans le but d'en assurer une meilleure compréhension. La discussion des résultats sera effectuée dans un premier temps en fonction des hypothèses et questions de recherche pour ensuite en dégager une synthèse. Les forces et les limites de la recherche seront abordées subséquemment et donneront lieu à certaines recommandations en vue de recherches à venir.

Efficacité des processus thérapeutiques

La première hypothèse stipulait que l'état psychologique des participants s'améliorerait suite à la thérapie, c'est-à-dire que les processus thérapeutiques se montreraient efficaces. La discussion des résultats relatifs à la première hypothèse inclura des considérations préliminaires portant sur l'instrument ayant servi à mesurer l'efficacité des processus thérapeutiques (MI-30). Des précisions seront fournies à propos des façons d'utiliser la MI-30 pour évaluer l'efficacité thérapeutique. Les résultats obtenus seront ensuite rappelés et discutés sous l'angle de la durée des processus et comparés à ceux recensés dans les écrits scientifiques portant spécifiquement sur l'efficacité des processus thérapeutiques.

Considérations préliminaires

Mesure d'Impact (MI-30). La MI-30 peut être utilisée de trois façons pour estimer l'efficacité thérapeutique. La première consiste à comparer les résultats obtenus à la MI-30 à différents moments de mesure pour observer la présence de changements. Une diminution du score lors d'une mesure subséquente démontre une amélioration de l'état psychologique de l'individu. La seconde façon de mesurer l'efficacité thérapeutique prend en compte l'amplitude de l'écart entre deux mesures qui est jugée cliniquement significative. Cet écart a été établi à 10 et plus, suite aux études portant sur l'OQ-30 (voir Lambert et al., 2005). Les auteurs proposent aussi l'atteinte du seuil de la population générale comme troisième façon d'utiliser le test pour estimer l'efficacité des processus thérapeutiques. En effet, Lambert et al. ont établi que les individus se situant sous le seuil de 44 ne démontrent pas plus de problèmes psychologiques que la majorité des gens dans la population. On peut ainsi considérer efficace une thérapie qui amène les clients sous ce seuil.

Changement et efficacité thérapeutique. Idéalement, pour s'assurer qu'un changement consécutif à un processus thérapeutique soit associé à ce processus, il est nécessaire d'utiliser un devis comportant un groupe contrôle sans thérapie. Toutefois, malgré l'absence de groupe contrôle, il apparaît peu probable que des individus puissent atteindre un tel niveau de changement en aussi peu de temps sans une intervention ayant cette visée. Ainsi, il paraît raisonnable de considérer les changements observés comme

des indicateurs de l'efficacité des suivis thérapeutiques des participants malgré l'absence de groupe contrôle.

Rappel des résultats

Les résultats de la présente étude ont démontré plusieurs indices d'efficacité des processus thérapeutiques. Plus précisément, les analyses ont laissé voir une amélioration statistiquement significative de l'état psychologique des individus entre le début et la fin de la thérapie. De plus, ce changement s'avère cliniquement significatif puisque la différence des scores de MI-30 entre le début et la fin de la thérapie se trouve légèrement au-dessus de l'écart établi par Lambert et al. (2005). On peut ainsi considérer que l'hypothèse, stipulant que les processus thérapeutiques étudiés sont efficaces, est confirmée. Toutefois, il a été observé que les scores moyens à la MI-30 se situaient au-dessus du seuil de normalité proposé par les auteurs du test (Lambert et al.), tant au début qu'à la fin de la psychothérapie. Ce point sera développé plus loin dans la discussion.

Efficacité de la psychothérapie en général

Sur le plan de l'efficacité thérapeutique, les résultats obtenus dans la présente étude mènent au même constat que ce qui est généralement reconnu scientifiquement, soit que la psychothérapie est efficace (Barker et al., 1988 ; Lambert, 2010; Lambert, 2013; Lambert & Ogles, 2004; Wampold, 2001), contrairement à ce que Eysenck (1952), Prioleau et ses collaborateurs (1983) avaient affirmé antérieurement. Les

résultats de l'étude démontrent que les participants ont vraisemblablement tiré profit des services reçus, appuyant ceux d'études empiriques et de méta-analyses qui avaient confirmé que la psychothérapie est avantageuse pour de nombreux clients (Lambert & Ogles; Lambert, 2013; Lipsey & Wilson, 1993). Il a également été observé que non seulement un changement significatif a été atteint, confirmant une amélioration de l'état psychologique, mais aussi que les changements se sont produits rapidement considérant le petit nombre de séances ($M = 6,4$). Ce résultat vient conforter les résultats d'autres écrits scientifiques qui démontrent que la thérapie offre des bénéfices rapidement (Howard et al., 1986; Kadera et al., 1996; Lambert 2013).

Cette étude n'avait pas comme objectif la prise en compte des problématiques spécifiques des participants. Toutefois, les thérapeutes recrutés traitaient des personnes aux prises avec différents types de problématiques telles que la dépression, le deuil, l'anxiété, pour lesquelles la psychothérapie est reconnue comme étant efficace (Castonguay & Beutler, 2006 ; Cuijper et al., 2008; Hansen et al., 2002; Jensen, et al., 2010; Lambert & Ogles, 2004; Mohr, 1995). Bien que les recherches mettent aussi en évidence l'efficacité de plusieurs approches scientifiquement reconnues en fonction de ces diverses problématiques, cette étude ne s'est pas attardée à l'approche des thérapeutes y participant. Ainsi, les présents résultats d'efficacité des processus thérapeutiques ne sont pas reliés aux approches utilisées par les thérapeutes. Que celles-ci mettent l'accent sur l'apprentissage de techniques spécifiques ou sur le

développement d'une meilleure compréhension de soi (Cris-Christoph, Gibbons, & Mukherjee, 2013), les participants y ont trouvé des bénéfices mesurables.

Efficacité des thérapies brèves

Dans la présente étude, les processus thérapeutiques ont été très brefs. En effet, le nombre moyen de sessions auxquelles les individus ont participé se chiffrait à 6,4 et le nombre maximal de séances a été de 16.

Tel que présenté dans le contexte théorique, il existe un certain consensus à l'effet qu'entre 10 et 20 rencontres, on peut parler de thérapie brève, ce qui confirme que les suivis dans la présente étude peuvent être considérés brefs et même très brefs. Les résultats obtenus vont ainsi dans le sens de ce qui a été démontré par certains chercheurs (Abbass, 2006; Baldwin, Berkeljion, Atkins, Olsen, & Nielsen, 2009; Jensen et al., 2010; Lambert, 2013; Lambert & Ogles, 2004; Piper, Debbane, Bienvenu, & Garant, 1984) à l'effet que des changements significatifs peuvent se produire en 21 séances de psychothérapie, et ce, même chez des sujets dysfonctionnels au départ (Lambert, Hansen, & Finch, 2001; Lambert & Ogles). À cet égard, les données sociodémographiques démontrent que 81,8 % des participants du présent échantillon occupent un emploi et 9,1 % sont aux études à temps plein. De plus, 63,6 % des participants vivent en couple, ce qui porte à croire qu'il ne s'agit pas d'individus dysfonctionnels.

Les résultats obtenus viennent appuyer une amélioration significative et rapide de l'état psychologique des certains sujets, telle que rapportée par plusieurs études (Abbass, 2006; Despland, Drapeau, & de Roten, 2005; Dornelas et al., 2010; Gullo et al., 2012). Dans le présent échantillon, parmi les 22 participants, 14 ont vu leur état psychologique s'améliorer en atteignant l'écart cliniquement significatif de 10. De plus, 10 d'entre eux avaient participé à 5 rencontres et moins, confirmant les données établies quant à la rapidité des bénéfices thérapeutiques (Kadera et al., 1996; Lambert 2013). C'est donc 63 % l'échantillon qui démontre une amélioration significative en peu de temps, ce qui sera discuté plus loin.

Les résultats d'efficacité se sont aussi montrés semblables à ceux de quelques études récentes menées auprès de petits échantillons (N = 10) et portant sur des processus très brefs, soit de 3 à 5 rencontres (Abbass, 2006; Dornelas, Ferrand, Stenowski, Barbagallo, & McCullough, 2010; Gullo et al., 2012).

Globalement, les résultats concordent aussi avec ceux d'autres recherches (Back-Tamburo, 2005; Greenwood et al. 2005; Jacobson et al., 2011) portant sur l'efficacité des programmes d'aide aux employés et qui ont démontré une amélioration des clients y ayant eu recours.

Efficacité thérapeutique et nombre de séances. Comme il a été mentionné précédemment, sur les 22 participants de l'échantillon à l'étude, 14 ont vu leur état

psychologique s'améliorer en atteignant l'écart significatif de 10. De plus, 10 d'entre eux ont participé à 5 rencontres et moins et les 4 autres ont atteint l'écart après 6 à 10 rencontres ($M = 8,1$). Ces résultats présentent une certaine ressemblance avec ceux de Gullo et al. (2012) qui ont aussi utilisé l'Outcome Questionnaire (OQ-45) dans le cadre d'une étude portant sur l'efficacité thérapeutique et la relation thérapeute-client dans des processus très brefs (groupe 1 : $M = 5,66$ séances) et des processus brefs (groupe 2 : $M = 11,78$ séances). Une partie de leur échantillon ($n = 32$) étant dans le premier sous-groupe et la seconde partie ($n = 18$) dans le second. Les résultats de leur étude ont laissé voir une amélioration significative de l'état psychologique des participants dans les deux sous-groupes, comme c'est le cas pour la présente étude.

Comme tous les participants étaient avisés que le nombre total de séances offertes était de 5 ou 6, l'échantillon s'est comporté conformément à ce que Barkham et al., (2006) ont établi, à l'effet que la vitesse de changement varie en fonction du nombre total de séances : ceux qui reçoivent de petites doses (moins de séances) changent plus rapidement; ceux qui reçoivent de plus grandes doses (plus de séances) changent plus lentement.

Sur ce point, la présente étude démontre des résultats plus positifs que ceux de Lambert et al. (2001). En effet, à un nombre équivalent de séances, ce sont 63 % des participants qui ont obtenu une amélioration significative comparativement aux 30 % de l'étude de Lambert et al.. Cette étude portait sur un échantillon national d'individus ($N =$

6 076) recrutés dans divers types de services d'aide (programmes d'aide aux employés, services de consultation en cliniques privées, centres de services de counseling universitaires, centres de services en santé mentale). Les résultats suggéraient que parmi les participants débutant le processus à un niveau dysfonctionnel, 50 % atteignaient des changements significatifs en 21 séances. Lorsque les standards d'amélioration étaient abaissés et que l'échantillon incluait des clients ayant un niveau de fonctionnement meilleur, une amélioration se produisait en 7 sessions pour 50 % d'entre eux.

En ce qui a trait aux changements significatifs, dans le présent échantillon certains participants ont dépassé l'écart de 10 après moins de 5 séances, alors que certains ont vu leur état se détériorer avec un nombre de séances supérieur à 5. Ces résultats viennent conforter ce qui a été avéré, notamment que la probabilité d'atteindre des changements significatifs n'est pas reliée au nombre de séances (Barkham et al., 2006; Jacobson & Truax, 1991; Stiles & al., 2008). La dose ou nombre de séances n'est pas un prédicteur de la réponse au traitement, elle est un marqueur de la vitesse de réponse au traitement (Barkham, et al.).

Il est possible de penser que la symptomatologie présentée par ceux qui se sont améliorés plus lentement était différente, faisant ainsi varier les résultats, en accord avec les études qui ont démontré que la dose de traitement varie en fonction des types de symptômes (Anderson & Lambert, 2001; Kadera et al., 1996) et du niveau de fonctionnement des individus (Lambert et al., 2001). Les symptômes de détresse aigus

vont demander moins de temps à s'améliorer que les symptômes chroniques ou caractériels (Kopta et al., 1994). Barkham et al. (2006) ont démontré pour leur part que la dixième séance est moins puissante que la deuxième, mais que les clients plus faciles à traiter vont répondre autour de la dixième séance, alors que ceux qui présentent des problématiques plus difficiles à traiter vont rester au-delà de la dixième séance.

Scores initiaux à la MI-30 et efficacité des processus brefs. Comme il a été mentionné précédemment, le score moyen à la MI-30 pour l'échantillon se situait au-dessus du seuil de normalité proposé par les auteurs du test (Lambert et al., 2005), tant au début ($M = 73,14$) qu'à la fin ($M = 62,45$) de la psychothérapie. La première mesure de la MI-30 démontrait un écart important entre les valeurs minimale et maximale et une moyenne se situant 29 points au-dessus du seuil de 44. Sur un échantillon de 22 participants, 19 avaient obtenu un score témoignant de symptômes sévères. Malgré leurs scores élevés au départ, l'amélioration a été rapide considérant l'atteinte d'un écart de 10 entre les deux temps de mesure à la MI-30. De plus, parmi les 19 participants avec des symptômes sévères, 5 avaient obtenu des scores allant de 90 à 97, et la moyenne de l'écart atteint était pour eux de 20,8, soit le double de l'écart établi comme étant cliniquement significatif, et ce, dans une moyenne de 4,4 séances. Ces résultats viennent appuyer ce qui avait été établi par Lambert et al. lors de la validation de l'OQ-30. Ceux-ci avaient démontré que les clients qui obtiennent des scores élevés tendent à s'améliorer davantage à l'intérieur d'une séance que les clients avec un niveau plus léger de détresse.

Quant aux trois participants présentant des symptômes modérés, ils ont obtenu un écart moyen de -7 avec une moyenne de 10,3 séances. L'un d'entre eux s'était amélioré sans atteindre l'écart significatif et les deux autres démontraient une aggravation de leur état psychologique. Lambert et al. (2005) avaient observé que les individus se situant sous le seuil de 44 démontraient une légère détérioration au fil du temps. Dans l'échantillon à l'étude, ceux qui se sont détériorés étaient tous légèrement au-dessus du seuil de 44. Cependant, un seul participant a atteint ce seuil après la thérapie, ce qui ne permet pas de conclure au rétablissement complet des participants de l'échantillon. Il importe à ce propos de questionner d'autres facteurs pouvant expliquer ce résultat.

Population à l'étude et seuil de normalité. Dans la présente étude, même si on peut considérer que les processus thérapeutiques se sont montrés efficaces, le seuil de normalité n'a pas été atteint pour 91 % des participants. Lors de la seconde passation de la MI-30, la moyenne obtenue était de 18,5 points au-dessus de ce même seuil. Toutefois, il faut tenir compte que ces normes pour la MI-30 (OQ-30) proviennent d'études auprès de la population américaine, ce qui peut expliquer certaines différences lors de son utilisation auprès d'autres populations (de Jong et al, 2007). En effet, la validation d'une traduction hollandaise de l'OQ-45 démontre que le seuil de normalité se situe à 55 pour la population hollandaise plutôt que 63 pour la population américaine (de Jong et al.) alors que la validation de la version italienne a permis de fixer ce seuil à 66 (Chiappelli, Lo Coco, Gullo, Bensi, & Prestano, 2008). D'ailleurs, Savard (2009) fait état, dans son étude sur les qualités psychométriques de la MI-45, de la possibilité

qu'une différence existe aussi entre le seuil proposé pour la version anglaise originale et celui de la version française du OQ-45 et du OQ-30 considérant les différences culturelles. Ceci pourrait expliquer les résultats de la présente étude. En effet, il est possible de penser que le seuil pour la population québécoise est plus élevé et que les participants sont peut-être plus près de la normalité qu'il n'y paraît si on applique les normes américaines.

Toutefois, en l'absence de précisions à ce sujet, les scores se situant bien au-dessus du seuil de 44 ($M = 71,5$) pourraient aussi indiquer que la phase de résolution symptomatique n'est pas complétée. Ces observations vont dans le sens de conclusions de plusieurs études à l'effet que certains clients, dont l'état s'améliore lors de processus brefs, bénéficieraient de plus de séances pour atteindre des résultats plus intéressants (Escobar et al., 2007; Gullo, Lo Coco, & Gelso, 2012; Lambert, 2013) et pour solidifier leurs gains (Abbass, 2006). Pour certains auteurs (p. ex., Ambresin, Zimmermann, De Roten, & Despland, 2009), le rétablissement est préférable à la simple amélioration de l'état psychologique, au plan clinique.

En définitive, on ne peut conclure avec certitude au rétablissement des participants puisque le seuil de 44 n'a pas été atteint. Il est possible de penser que le type de problématiques et la sévérité de la symptomatologie y soient associés ou que ce seuil ne soit pas adapté à la population québécoise, comme il a été démontré pour d'autres populations. Toutefois, les résultats sur le plan de l'amélioration sont significatifs,

appuyant le corpus de recherches sur l'efficacité des processus thérapeutiques. Le pourcentage de participants s'étant amélioré dépasse même ce qui avait été observé dans une recherche de grande envergure (Lambert et al., 2001). Par surcroît, les changements se sont produits au cours de processus très brefs, confortant ce qui est reconnu scientifiquement à propos de la rapidité avec laquelle les bénéfices de la psychothérapie peuvent se faire ressentir (Kadera et al., 1996; Lambert, 2013).

Efficacité thérapeutique et comportements interpersonnels du thérapeute

L'hypothèse 2 stipulait que l'efficacité thérapeutique serait liée au soutien aux besoins d'autonomie, de compétence et d'affiliation du client par le thérapeute. Les résultats n'ont pas révélé de relation significative et ainsi, cette hypothèse n'a pas été confirmée. Les paragraphes qui suivent rappellent d'abord les fondements de l'hypothèse 2. Par la suite, la discussion proprement dite des résultats obtenus débutera par une comparaison avec ceux d'autres études portant sur des variables similaires et proposera des hypothèses d'explication aux résultats obtenus.

Rappel des fondements de l'hypothèse 2

Premier fondement. La théorie de l'autodétermination (TAD) de Deci et Ryan (1985, 2002; Ryan & Deci, 2001), notamment à partir de certaines propositions théoriques (Deci & Ryan, 2000, 2002) et études empiriques (Baard et al., 2004; Kasser & Ryan, 2001; William, 2002; William et al., 2005), a mis en évidence que le soutien aux besoins d'autonomie, de compétence et d'affiliation est associé à une motivation

plus autodéterminée qui, elle, l'est à des changements de comportements et à différents résultats positifs. Nous avons extrapolé qu'il pouvait aussi y avoir un lien direct entre le soutien aux besoins du client et une plus grande efficacité de la thérapie.

Deuxième fondement. Le deuxième fondement de l'hypothèse 2 est issu de quelques études théoriques s'étant intéressées au soutien aux besoins fondamentaux et à l'efficacité thérapeutique (p. ex., Berk, Berk, & Castel, 2004; LaGuardia & Ryan, 2000; Ryan & al., 2011; Ryan, Patrick, Deci, & William, 2008). Toutes ces études donnent à penser que la psychothérapie peut tirer profit des interventions de soutien aux besoins fondamentaux du client, leur efficacité en termes de changements de comportements et d'adhérence à des comportements de santé ayant été démontrée empiriquement.

Troisième fondement. Quelques études empiriques (Dwyer et al, 2011; Ritholz, 2011; Zuroff et al., 2007; Zuroff et al., 2012) ont porté sur des variables similaires à celles de la présente étude. Ces dernières ont porté sur la relation entre des variables d'efficacité thérapeutique et des variables issues de la TAD (Dwyer et al.; Ritholz,; Zuroff et al., 2012). Ritholz a mis en évidence un lien direct entre le soutien aux besoins d'autonomie, de compétence, d'affiliation et l'efficacité thérapeutique, alors que les autres études ont plutôt laissé voir des liens indirects (Dwyer et al.; Zuroff et al., 2007; Zuroff et al., 2012). Dans leur ensemble, ces études permettaient de faire l'hypothèse de relations significatives entre le soutien aux besoins du client (autonomie, compétence,

affiliation) et l'efficacité thérapeutique. Les résultats de ces études seront comparés à ceux de la présente étude.

Comparaison des études

D'abord, la présente étude sera comparée à celle de Ritholz (2011), la seule ayant démontré un lien direct entre le soutien aux besoins et l'efficacité thérapeutique. Ensuite, elle sera comparée à d'autres études où le lien entre le soutien aux besoins (autonomie, compétence, affiliation) et l'efficacité thérapeutique s'est révélé indirect (Dwyer et al., 2011; Zuroff et al., 2007; Zuroff et al., 2012). Les comparaisons permettront de mettre en évidence les différences et similitudes de résultats et de proposer des explications aux différences observées.

Lien direct. L'étude de Ritholz (2011) examinait les relations entre le soutien aux besoins d'autonomie, de compétence et d'affiliation, l'alliance thérapeutique et le rétablissement des personnes ayant des problèmes de santé mentale. Les corrélations de Pearson ont mis en évidence un lien solide entre le score de soutien aux besoins (score global) et le rétablissement de personnes atteintes de problèmes de santé mentale ($r = 0,51$). Même lorsque les données relatives à la mesure de l'alliance thérapeutique ont été entrées dans l'analyse de régression, le soutien aux besoins s'est révélé être prédicteur du rétablissement ($\beta = 0,57$, $t = 7,33$, $p = 0,000$). Contrairement à ce qu'a laissé voir l'étude de Ritholz, les présents résultats ne montrent pas de lien significatif entre le soutien aux besoins et l'efficacité thérapeutique.

Des différences méthodologiques, notamment celles relatives aux populations à l'étude pourraient expliquer, en partie du moins, les différences de résultats observées. De plus, comme explicité ci-dessous, des différences de cadre du traitement, de choix d'instruments et de moment de mesure pourraient aussi avoir contribué à la présence de résultats différents.

Comparaison des populations à l'étude. L'échantillon de Ritholz (2011) était composé de 146 adultes de 18 ans et plus inscrits sur une base volontaire. Il s'agissait de clients externes fréquentant différents centres de santé mentale. Tous avaient un diagnostic de trouble psychiatrique en Axe I, une cote de 70 et moins à l'échelle de fonctionnement globale en Axe V. Sur l'ensemble des participants, 99,3 % n'occupaient pas d'emploi et 83,6 % prenaient une médication par voie orale et 6,9 % par injection ou les deux (3,4 %). Les participants devaient être inscrits dans l'un des centres depuis au moins 30 jours et 78,6 % de l'échantillon étaient suivis par le même thérapeute depuis 5 ans et moins, alors que 21,4 % étaient en thérapie depuis plus de 5 ans. Le nombre de séances de thérapie n'était pas spécifié, mais tout porte à croire qu'il dépassait largement les 6,4 séances de la présente étude. Dans la présente étude, la taille de l'échantillon est de 22 participants. Il n'y avait pas d'exigence au regard de la présence ou l'absence de diagnostic, les participants devaient uniquement indiquer le ou les principaux motifs de consultation. La majorité des participants (72,7 %) occupaient un emploi à plein temps et seulement 13,6 % prenaient une médication.

Il s'agit donc de deux échantillons très différents, où les participants de la présente étude démontraient un meilleur niveau de fonctionnement et des ressources personnelles leur permettant une recherche efficace de solutions pour leurs problèmes. Il est ainsi possible qu'ayant davantage accès à leurs ressources personnelles, le soutien se montre moins lié à leur rétablissement. Les participants de l'étude de Ritholz (2011) nécessitaient des soins offrant davantage de soutien à leurs besoins d'autonomie, de compétence et d'affiliation. Ainsi, les différences de résultats pourraient être attribuables aux différences entre les populations à l'étude et possiblement aussi au cadre de traitement.

Cadre de traitement. Dans la présente étude, les participants recevaient des services psychologiques dans le cadre de programmes d'aide aux employés, de la Clinique Universitaire de Psychologie ou du Service aux étudiants de l'UQAC. Il s'agissait de processus très brefs et de thérapies individuelles. Par ailleurs, le type de services offerts aux participants dans l'étude de Ritholz (2011) est très différent, ce qui pourrait aussi contribuer à expliquer les différences de résultats obtenus en lien avec cette seconde hypothèse.

Dans de l'étude de Ritholz (2011), les participants présentaient tous des problèmes de santé mentale. On peut ainsi penser que, dans les cas de maladie mentale grave, la capacité d'initier les comportements de santé est moindre. Or, selon Mancini (2008), cette capacité représente un aspect fondamental du traitement pour une maladie mentale.

Ainsi, lorsque le milieu de traitement soutient les besoins d'autonomie, de compétence et d'affiliation des clients, cela influence significativement l'atteinte des buts et les résultats thérapeutiques (Mancini). Il importe aussi de mentionner que dans les services spécialisés en santé mentale, tels que dans l'étude de Ritholz, un nombre important d'intervenants différents gravitent autour du client, offrant chacun du soutien à ses besoins fondamentaux et contribuant ainsi à l'amélioration de son état de santé mentale, augmentant ainsi la somme du soutien offert.

Choix des variables et des instruments de mesure. Le choix des instruments de mesure constitue une autre différence méthodologique entre la présente étude et celle de Ritholz (2011).

Ritholz (2011) a utilisé « The Basic Psychological Need Scale - Short version » (BPNS-S) (Connault & Robinson, 2010). Ce test comporte 9 items sélectionnés parmi les items de sa version initiale (BPNS) (Gagné, 2003). Bien que l'instrument permette de mesurer la contribution du soutien aux besoins d'autonomie, de compétence et d'affiliation, il porte sur la satisfaction des besoins, accessible dans le contexte de vie (famille, milieu de vie, milieu de traitement), une variable différente du soutien aux trois besoins de la part du thérapeute.

Lien indirect. Certaines études (Dwyer et al., 2011; Zuroff et al., 2007; 2012) ont, pour leur part, laissé voir que les liens entre le soutien au besoin d'autonomie, de

compétence et d'affiliation et l'efficacité thérapeutique pouvaient être plus complexes, ce qui pourrait expliquer l'absence de lien direct significatif dans les résultats relatifs à cette hypothèse 2.

Zuroff et ses collaborateurs (2007). Ces chercheurs ont examiné les relations entre la motivation (contrôlée et autonome), l'alliance thérapeutique, le soutien au besoin d'autonomie et le rétablissement de la dépression dans le cadre de thérapies brèves, selon trois modalités de traitement (cognitive comportementale, thérapie interpersonnelle, traitement pharmacologique avec suivi). Cependant, dans leur étude, le soutien aux besoins de compétence et d'affiliation n'était pas pris en considération. Leurs analyses ont démontré un lien solide entre le soutien à l'autonomie et la motivation autodéterminée, ainsi qu'entre la motivation autodéterminée et les résultats thérapeutiques. Toutefois, aucun lien direct significatif n'a été mis en évidence entre le soutien au besoin d'autonomie et le rétablissement de la dépression. Ainsi, les résultats de la présente étude vont dans le même sens, puisqu'aucun lien direct significatif n'a été démontré entre le soutien aux besoins et l'efficacité thérapeutique.

Zuroff et ses collaborateurs (2012). Cette étude, plus récente, n'a pas décelé de lien direct significatif entre le soutien aux besoins et les mesures d'efficacité. Comme dans la précédente étude (Zuroff et al., 2007), seul le soutien à l'autonomie a été considéré. Les autres variables à l'étude étaient l'autocritique, la motivation contrôlée, la motivation autonome et les symptômes dépressifs. Les données étaient recueillies dans

le cadre de traitement de courte durée selon trois conditions différentes (cognitive comportementale, thérapie interpersonnelle, traitement pharmacologique avec suivi). Leur principale stratégie d'analyses statistiques était la modélisation à niveaux multiples. Ces analyses ont mis en évidence un lien entre le soutien à l'autonomie et le niveau de motivation autodéterminée, qui elle est liée à la diminution du niveau de sévérité des symptômes dépressifs. Malgré un échantillon plus grand (N = 95), un nombre plus élevé de séances (16 à 20) et des analyses plus poussées que dans la présente étude, ils n'ont pas découvert de lien direct entre le soutien au besoin d'autonomie et la diminution de la symptomatologie dépressive.

Dwyer et al. (2011). Une autre étude a exploré les relations entre la satisfaction du besoin d'autonomie, une variable proche du soutien au besoin d'autonomie, les symptômes anxieux et dépressifs, les pensées automatiques anxieuses et dépressives, la qualité de vie chez des clients suivis en thérapie de groupe. Contrairement aux résultats de la présente étude, les résultats de Dwyer et al. ont démontré que la satisfaction du besoin d'autonomie prédisait les résultats de la thérapie de façon significative, notamment la diminution des symptômes dépressifs. Toutefois, après l'inclusion de la variable « fréquence des pensées automatiques dépressives » dans l'équation de régression, ce résultat n'était plus statistiquement significatif. Ces résultats suggèrent que la satisfaction du besoin d'autonomie facilite le changement des cognitions qui à son tour favorise des résultats thérapeutiques positifs.

L'étude de Dwyer et al. (2011) présente des différences méthodologiques avec la présente étude qui pourraient expliquer les résultats différents. Elle a été réalisée auprès de clients inscrits à des groupes de thérapie cognitive comportementale. Ceux-ci participaient à 8 journées complètes de thérapie échelonnées sur 4 semaines. Au-delà des caractéristiques spécifiques de l'approche, il apparaît possible que le travail en groupe offre plus de soutien à l'autonomie des participants, un peu comme cela a été évoqué dans le cas du contexte multidisciplinaire de l'étude de Ritholz (2011). Il est raisonnable de penser que les participants de ces deux études aient pu bénéficier de plus de soutien, dans le cadre de leur traitement, que ceux de la présente étude et que les résultats à l'hypothèse 2 en témoignent. Cette explication met en lumière l'importance d'explorer plus à fond, dans les prochaines recherches, les modalités du soutien offert.

Ainsi, la comparaison des résultats avec ceux des études de Dwyer (2011) et de Zuroff et al. (2007, 2012) laisse bien voir la complexité des liens et des interactions entre le soutien aux besoins du client et les résultats de la thérapie. Cette complexité pourrait être à l'origine des différences de résultats observées.

Compréhension des résultats

Plusieurs facteurs pourraient expliquer les résultats obtenus dans la présente étude : la pertinence de l'inférence d'une relation directe; des éléments de la méthodologie adoptée, notamment l'instrument de mesure utilisé pour mesurer le

soutien aux besoins, le moment de la mesure, la durée du processus thérapeutique, la taille de l'échantillon et les analyses statistiques.

Pertinence de l'inférence d'une relation directe. Tel qu'évoqué précédemment, la seconde hypothèse était en partie fondée sur l'inférence d'un lien direct entre le soutien aux besoins d'autonomie, de compétence et d'affiliation et l'efficacité thérapeutique. On peut ainsi avancer qu'une explication possible à l'absence de lien significatif observée est que cette inférence n'était pas pertinente. La conclusion avancée par Moreau et Mageau (2013), à partir d'une recension des études empiriques portant sur la théorie de l'autodétermination (TAD) dans divers champs (éducation, enseignement, comportements de santé, monde du travail), pourrait aussi s'appliquer à la psychothérapie. Ceux-ci ont clairement conclu que « la motivation est souvent présentée comme étant le médiateur entre le soutien à l'autonomie et les conséquences, alors que le lien direct entre le soutien à l'autonomie et les conséquences n'est pas toujours significatif. » (p.25).

Éléments de méthodologie. Considérant les différences entre les résultats issus d'autres études (Dwyer et al., 2011; Zuroff et al., 2007; 2012) et les présents résultats, on peut penser que ces derniers pourraient être attribuables à des modalités de la méthodologie adoptée. On a déjà évoqué, à cet effet, les caractéristiques particulières de l'échantillon, le cadre de traitement (thérapie très brève), les variables mesurées et les instruments utilisés.

Instrument de mesure du soutien aux besoins. La présente étude est la seule à avoir utilisé l'Échelle des Comportements Interpersonnels (ECI) (Pelletier et al., manuscrit en préparation) qui a l'avantage de mesurer le soutien aux besoins d'autonomie, de compétence et d'affiliation, contrairement à l'instrument de mesure utilisé par Dwyer et al. (2011) ainsi que Zuroff et al. (2007, 2012). Cependant, l'ECI est un instrument d'abord conçu pour les recherches en enseignement. Il n'a pas été élaboré en fonction de la recherche en psychothérapie. D'ailleurs, dans la présente étude, un examen des scores à l'ECI des participants révèle qu'ils sont élevés, et ce, pour le soutien aux trois besoins et, qu'en plus, ils présentent une distribution leptokurtique, ce qui pourrait expliquer l'absence de résultats significatifs, particulièrement avec un échantillon aussi réduit.

En somme, il apparaît possible que les résultats obtenus soient en partie expliqués par les limites de l'instrument retenu pour évaluer le soutien aux besoins. Plus spécifiquement, on peut penser que l'ECI est peu adaptée au contexte de la psychothérapie puisqu'elle discrimine peu. Considérant les limites de l'ECI, il serait souhaitable de développer un instrument de mesure du soutien aux besoins qui conviendrait mieux au contexte de la psychothérapie.

Moment de la mesure. Une autre particularité méthodologique qui pourrait expliquer les résultats relatifs à l'hypothèse 2 est le moment choisi pour effectuer la mesure du soutien aux besoins d'autonomie, de compétence et d'affiliation. Deux études

sont utilisées pour étayer cet argument (Dwyer et al., 2011; Zuroff et al., 2012). Dans la présente étude, la mesure du soutien aux besoins d'autonomie, de compétence et d'affiliation a été prise à la troisième séance uniquement. Il apparaît possible que les résultats aient été différents si les mesures du soutien aux besoins fondamentaux avaient été recueillies à la fin de la thérapie. En effet, dans l'étude de Zuroff et ses collaborateurs (2012) où le soutien à l'autonomie est le seul pris en compte, on peut noter une augmentation de la moyenne des scores obtenus par les participants entre la première mesure (3^e séance) et les trois mesures subséquentes (8^e, 13^e séance et post-traitement).

Dans l'étude de Dwyer et al. (2011), les trois mesures du soutien au besoin d'autonomie ont aussi démontré des variations en cours de traitement. La première mesure était prise lors de la première rencontre, la seconde à la moitié du traitement (5^e et plus) et la troisième à la fin du traitement (9^e et plus). La satisfaction du besoin d'autonomie des participants aurait augmenté entre la première et la seconde mesure et diminué entre la seconde et la dernière. De plus, les résultats de cette étude ont révélé un lien significatif entre la satisfaction du besoin d'autonomie et une diminution des symptômes dépressifs. Ainsi, à la lumière des résultats obtenus dans les deux études dont il a été question, il apparaît possible que les résultats de la présente étude aient pu être différents si l'ECI avait été proposée à la dernière rencontre, puisque cette variable semble évoluer en cours de processus thérapeutique.

Durée du processus thérapeutique. Puisque des recherches ayant porté sur des processus thérapeutiques plus longs ont démontré des liens significatifs entre le soutien aux besoins et l'efficacité thérapeutique (p. ex., Dwyer et al., 2011), on peut aussi proposer comme hypothèse que la brièveté des processus de la présente étude puisse expliquer en partie les résultats obtenus.

Taille de l'échantillon et analyses statistiques. La taille restreinte du présent échantillon ($N = 22$) et la faible puissance statistique en découlant pourraient aussi être considérées comme éléments d'explication des résultats obtenus. Les résultats peuvent aussi être attribuables à la distribution leptokurtique obtenue pour le soutien aux besoins d'autonomie, de compétence et d'affiliation. En effet, la faible variance observée dans les scores de soutien pourrait aussi avoir contribué à l'absence de résultats significatifs.

En somme, les résultats obtenus amènent à penser que l'inférence d'un lien direct entre le soutien aux besoins d'autonomie, de compétence, d'affiliation et l'efficacité thérapeutique pourrait ne pas être pertinente. La relation est vraisemblablement plus complexe et des variables médiatrices ou modératrices seraient à prendre en compte. D'autre part, l'absence de lien significatif pourrait aussi être attribuable à des caractéristiques méthodologiques de l'étude, telles que la population à l'étude, les instruments utilisés, les moments choisis pour effectuer les mesures. De plus, la petite taille de l'échantillon et la faible puissance statistique associée ont possiblement contribué à l'absence de résultats significatifs.

Question 1

En ce qui a trait à la question 1, celle-ci visait à comparer la force des liens entre l'efficacité thérapeutique et le soutien aux besoins d'autonomie, de compétence et d'affiliation. Elle ne sera pas discutée, n'étant plus pertinente considérant l'absence de lien significatif entre l'efficacité thérapeutique et le soutien aux trois besoins.

Comportements interpersonnels du thérapeute et alliance thérapeutique

L'hypothèse 3 stipulait que le soutien offert par le thérapeute aux besoins d'autonomie, de compétence et d'affiliation du client serait lié positivement à l'alliance thérapeutique. La question 2 visait à identifier lequel entre le soutien à l'autonomie, à la compétence et à l'affiliation, serait le plus fortement lié à l'alliance thérapeutique. La discussion des résultats pour cette troisième hypothèse sera amorcée par un bref rappel des fondements de l'hypothèse 3 et des résultats. Les présents résultats seront ensuite comparés avec ceux de Ritholz (2011) et de Zuroff (2007), avant d'être finalement expliqués plus à fond.

Rappel des fondements de l'hypothèse 3

Deux études empiriques, dont il a déjà été question antérieurement constituent le premier fondement de l'hypothèse 3 : Ritholz (2011) et Zuroff et al. (2007). Ces études ont démontré un lien entre le soutien aux besoins fondamentaux et l'alliance thérapeutique, ce qui permettait d'envisager que ce lien soit également démontré dans un autre contexte et auprès d'une population différente. Certaines des études portant sur la

théorie de l'autodétermination ont également servi à formuler l'hypothèse. Celles-ci ont étudié les liens entre le soutien aux besoins du client et l'attachement (Blais et al., 1990; Knee et al., 2005; LaGuardia et al., 2000) et ont démontré que le soutien à l'autonomie favorise l'attachement et l'intimité chez les partenaires, des variables proches de l'alliance thérapeutique au plan conceptuel.

Rappel des résultats

Les résultats en lien avec l'hypothèse 3 démontrent que le soutien aux besoins d'autonomie, de compétence et d'affiliation est lié positivement à l'alliance thérapeutique. Par surcroît, les résultats ont laissé voir des coefficients de corrélations élevés ($r = 0,70$, pour le soutien à l'autonomie; $r = 0,83$, pour le soutien à la compétence; $r = 0,85$, pour le soutien à l'affiliation). Ces résultats indiquent que ce lien est fort et aussi plus marqué pour le soutien à l'affiliation et à la compétence que pour le soutien à l'autonomie.

Compréhension des résultats

Comparaison avec d'autres études. Les résultats de la présente étude vont dans le sens de ceux de Ritholz (2011), à la différence que le lien s'est révélé fort dans la présente étude comparativement à un lien modéré dans l'étude de Ritholz. Comme il a été mentionné précédemment, cette étude portait sur la relation entre la satisfaction des besoins d'autonomie, de compétence et d'affiliation, l'alliance thérapeutique et le rétablissement des personnes ayant des problèmes de santé mentale. Toutefois, la

satisfaction des besoins a été évaluée globalement dans l'étude de Ritholz. Plus spécifiquement, Ritholz a mis en relation l'échelle globale de satisfaction des besoins fondamentaux (BPNS-S) et une mesure de l'alliance thérapeutique (STAR-P) (McGuire-Snieckus, McCabe, Catty, Hansson, & Priebe, 2007). Il est à noter que les participants de cette étude étaient engagés dans des traitements de plus longue durée. Les présents résultats sont d'autant plus marquants que la durée des processus laissait peu de temps pour l'établissement de l'alliance thérapeutique, comparativement à l'étude de Ritholz.

Les résultats de la présente étude laissent aussi voir une ressemblance avec ceux de l'étude de Zuroff et al. (2007) qui avaient aussi démontré un lien fort entre le soutien au besoin d'autonomie, le seul pris en compte dans cette étude, et l'alliance thérapeutique. Ainsi, la présente étude est, à notre connaissance, la première à avoir spécifiquement pris en compte le soutien à chacun des trois besoins fondamentaux et l'alliance thérapeutique. Les résultats ont démontré que le soutien à chacun des trois besoins (autonomie, compétence et affiliation) est fortement lié à l'alliance thérapeutique.

Alliance thérapeutique et soutien aux besoins fondamentaux

Considérant les différences observées quant à la force du lien entre l'alliance thérapeutique et le soutien aux besoins d'autonomie, de compétence et d'affiliation, il paraît à propos que la discussion porte sur le soutien à chacun des besoins séparément. Les prochains paragraphes y seront donc consacrés.

Alliance thérapeutique et soutien à l'affiliation. Il était raisonnable de penser qu'un lien fort soit observé entre le soutien à l'affiliation et l'alliance puisque les deux variables présentent des similitudes conceptuelles. Deux études rapportées par de LaGuardia et al. (2000) ont d'ailleurs démontré un lien plus fort entre le soutien à l'affiliation et l'attachement, une variable relationnelle se rapprochant de l'alliance thérapeutique, comparativement aux liens obtenus pour le soutien aux besoins d'autonomie et de compétence.

De plus, un lien théorique entre l'alliance thérapeutique et le soutien au besoin d'affiliation a été mis de l'avant par McBride et al. (2010). Globalement, leur étude portait sur la motivation autodéterminée, la motivation contrôlée, la thérapie interpersonnelle pour la dépression et l'alliance thérapeutique. Bien qu'elle n'inclutait aucune mesure de soutien, les auteurs ont proposé dans leur discussion qu'une alliance thérapeutique forte pouvait offrir une contribution à la satisfaction du besoin d'affiliation et possiblement à celui de compétence (McBride et al.), ce que les présents résultats tendent à confirmer.

Il apparaît aussi possible de considérer, comme hypothèse explicative, que le fait d'offrir du soutien au besoin d'affiliation ait un impact sur l'alliance thérapeutique. Lorsque le thérapeute manifeste un intérêt réel pour son client, ce dernier ressent son attention et son empathie et se sent important pour lui, ce qui favorise la création d'un lien solide qui se manifeste dans l'alliance thérapeutique.

Alliance thérapeutique et soutien à la compétence. Dans la présente étude, le lien entre le soutien à la compétence et l'alliance thérapeutique s'est classé tout juste derrière celui enregistré pour le soutien à l'affiliation. Ce lien avait déjà été mis en évidence dans d'autres études théoriques portant sur le soutien aux besoins dans des domaines autres que la psychothérapie (Ryan & Deci, 2000). En effet, Ryan et Deci avaient proposé que soutenir le sentiment de compétence dans un domaine en particulier favorise l'investissement de l'individu dans ce domaine. Il est possible de penser que grâce au soutien offert à leur besoin de compétence, les participants de la présente étude se soient sentis compétents au sein de la relation thérapeutique et qu'ils s'y soient investis davantage. Le soutien au besoin de compétence pourrait amener les individus à plus d'engagement dans la thérapie et dans la relation thérapeutique, ce qui se manifesterait par une alliance plus forte.

Par ailleurs, l'alliance thérapeutique comporte des dimensions de coopération. En effet, bien que les items des sous-échelles « Engagement du client » et « Compréhension et implication du thérapeute » témoignent d'une contribution individuelle du client et du thérapeute, ceux de la sous-échelle « Consensus et stratégies de travail » ciblent le travail de collaboration. Ces items mesurent, entre autres, l'entente qui s'établit entre le client et son thérapeute, la perception du client de l'aisance avec laquelle il aborde ses difficultés en présence du thérapeute, sa perception de l'aide reçue pour acquérir une meilleure compréhension de ses difficultés et de l'accord sur les moyens à prendre pour les résoudre. On observe ainsi une ressemblance entre les interventions visant le soutien

au besoin de compétence et les interventions visant le consensus sur les stratégies de travail. La présence d'un lien fort entre l'alliance thérapeutique et le soutien au besoin de compétence pourrait être associée à cette parenté conceptuelle.

Alliance thérapeutique et soutien à l'autonomie. Comme il a été mentionné précédemment, le lien entre le soutien au besoin d'autonomie et l'alliance thérapeutique s'est aussi révélé significatif, avec une taille d'effet assez importante ($r = 0,70$). La présence d'un lien fort entre ces deux variables peut s'expliquer à partir d'études sur l'attachement. Une étude (Frodi, Bridges, & Grolnick, 1985) a déjà démontré que les enfants dont les mères encouragent les initiatives et les efforts pour acquérir de l'autonomie développent un attachement sécure avec leurs mères. Aussi, il apparaît vraisemblable qu'un thérapeute qui soutient le besoin d'autonomie de son client puisse favoriser une meilleure relation de confiance et l'établissement d'une alliance thérapeutique plus forte.

Parenté conceptuelle

Pour expliquer les liens forts observés entre l'alliance thérapeutique et le soutien à chacun des besoins fondamentaux, il est possible d'invoquer le fait qu'il s'agit de deux des construits qui portent sur la relation entre le thérapeute et le client. Le soutien représente en quelque sorte un apport du thérapeute à cette relation, alors que l'alliance pourrait en être le produit.

Dans l'ensemble, l'hypothèse 3 a été confirmée. Des liens significatifs ont été observés entre le soutien aux besoins d'autonomie, de compétence et d'affiliation et l'alliance thérapeutique. De plus, les liens entre ces variables se sont révélés forts. Il semble que les thérapeutes participant à l'étude ont su soutenir les besoins de leurs clients et établir une alliance solide avec ceux-ci. Ils y sont parvenus malgré la limite imposée par le nombre de séances de thérapie.

De plus, les liens entre le soutien aux besoins et l'alliance thérapeutique se sont montrés plus forts que ceux démontrés dans d'autres études portant sur des processus plus longs (Ritholz, 2011; Zuroff, 2007). Les présents résultats viennent appuyer ces recherches ayant démontré que la thérapie brève permet à l'alliance thérapeutique de s'établir (p.ex., Gaston, 1990; Gaston et al., 1998; Gullo et al., 2012) et que l'alliance thérapeutique est liée au soutien offert aux besoins du client (Dwyer et al., 2011). Par surcroît, il s'agit de la première confirmation empirique que l'alliance thérapeutique est liée au soutien à chacun des trois besoins fondamentaux. Cependant, il faut reconnaître que les coefficients de corrélation élevés viennent confirmer la proximité conceptuelle entre les deux construits.

Question 2

Quant à la question 2, à savoir lequel entre le soutien à l'autonomie, à la compétence et à l'affiliation est le plus fortement lié à l'alliance thérapeutique, les résultats ont permis d'y répondre. D'abord, comme il a été mentionné précédemment, les

liens entre le soutien aux besoins d'autonomie, de compétence, d'affiliation et l'alliance thérapeutique se sont révélés forts. De plus, l'écart entre les valeurs des corrélations obtenues pourrait indiquer que le soutien à l'affiliation ($r = 0,85$) et le soutien à la compétence ($r = 0,83$) soient plus fortement liés à l'alliance thérapeutique que le soutien à l'autonomie ($r = 0,70$).

Il importe de rappeler que le soutien à l'affiliation et l'alliance thérapeutique présentent des similitudes conceptuelles, il n'est donc pas surprenant d'observer un lien fort entre ces deux variables. Soutenir le besoin d'affiliation consiste, en quelque sorte, à encourager le client à créer des liens, alors que l'alliance thérapeutique est le lien qui s'établit entre le client et le thérapeute. Bien que la direction de la relation significative entre ces deux variables ne puisse être établie par les analyses réalisées, il est raisonnable de penser que satisfaire le besoin d'affiliation puisse favoriser une alliance plus solide et qu'une alliance forte puisse contribuer à soutenir le besoin d'affiliation du client.

De plus, comme le suggèrent les données, il apparaît possible que, dans des processus aussi brefs, les thérapeutes soutiennent davantage les besoins de compétence. Ceci afin que le client se sente rapidement compétent dans la résolution de ses difficultés et soit en mesure d'en reproduire les stratégies à d'autres moments de sa vie, de manière autonome. On peut penser que le soutien à la compétence joue un rôle important pour

initier de nouveaux comportements, alors que le soutien à l'autonomie serait plus associé au maintien de ces comportements sans influence externe.

Considérant qu'aucune étude recensée n'avait mis en relation l'alliance thérapeutique et le soutien à chacun des besoins, il est difficile d'expliquer pourquoi le soutien à l'autonomie apparaît moins fortement lié à l'alliance thérapeutique dans la présente étude. Une des hypothèses explicatives est que le soutien à l'autonomie pourrait intervenir plus tard dans le processus thérapeutique ou soit secondaire par rapport aux deux autres formes de soutien dans des processus brefs, du moins en ce qui a trait à l'alliance thérapeutique.

Par ailleurs, il apparaît possible que les effets du soutien à l'autonomie prennent plus de temps à se manifester. En effet, comme l'avait démontré Frodi et al. (1985), l'attachement de l'enfant demeurait sécuritaire ou devenait sécuritaire à l'intérieur d'une période d'un an, si la mère soutenait les besoins d'autonomie de l'enfant. Ceci donne à penser que les effets du soutien à l'autonomie pourraient demander du temps avant d'être perceptibles sur le plan de la relation thérapeutique. Conséquemment, des processus aussi brefs que ceux de la présente étude pourraient être évoqués pour expliquer que le lien obtenu entre l'alliance thérapeutique et le soutien à l'autonomie soit moins fort que pour le soutien aux besoins de compétence et d'affiliation.

Alliance thérapeutique et efficacité thérapeutique

L'hypothèse 4 stipulait l'existence d'une relation entre l'alliance thérapeutique et l'efficacité thérapeutique. La discussion des résultats relatifs à l'hypothèse 4 sera amorcée par un bref rappel des fondements de cette hypothèse, suivi d'un rappel des résultats. Par la suite, la discussion présentera une comparaison des résultats avec ceux d'autres études et proposera des hypothèses pouvant expliquer les résultats.

Fondement de l'hypothèse 4

Plusieurs études portant sur l'alliance thérapeutique et l'efficacité thérapeutique constituaient le fondement de l'hypothèse 4. En effet, l'alliance thérapeutique revêt une importance majeure dans les recherches portant sur la psychothérapie. Une méta-analyse de Martin et al., (2000) a mis en évidence un lien significatif entre l'alliance thérapeutique et les résultats de la thérapie. Certains chercheurs se sont penchés sur son rôle et l'ont qualifié de « robuste prédicteur » du changement pendant le processus thérapeutique (Barber et al., 2000; Barber et al., 2010; Budd & Hughes, 2009 ; Constantino et al., 2002; Howgego et al., 2003). Castonguay, Constantino, et Grosse Holtforth (2006) apportent cependant une nuance en concluant que, sans forcément prédire l'efficacité thérapeutique, l'alliance thérapeutique explique au moins une partie de l'amélioration des clients.

La contribution de l'alliance thérapeutique a aussi été confirmée dans quelques études portant sur des variables semblables à celles de la présente étude : l'efficacité

thérapeutique et le soutien aux besoins fondamentaux (McBride et al., 2010; Ritholz, 2011; Zuroff et al., 2007). McBride et ses collaborateurs (2010) ont démontré un lien significatif entre l'alliance thérapeutique et la rémission autant dans les cas de dépressions hautement récurrentes que de dépressions moins récurrentes. L'étude de Ritholz (2011) a laissé voir un lien significatif, quoique faible, entre l'alliance thérapeutique et le rétablissement des personnes ayant des problèmes de santé mentale. Quant à l'étude de Zuroff et ses collaborateurs (2007), le lien direct observé entre l'alliance thérapeutique et l'efficacité thérapeutique n'était plus significatif lorsque d'autres variables ont été ajoutées dans les analyses. Ces recherches ont mis en évidence la probabilité d'un lien significatif entre l'alliance thérapeutique et l'efficacité thérapeutique.

Rappel des résultats

Les résultats de la présente étude n'ont pas démontré de lien significatif entre l'alliance thérapeutique et l'efficacité thérapeutique et, ainsi, l'hypothèse 4 n'a pas été confirmée. Par ailleurs, des liens significatifs ont été trouvés entre les scores obtenus à la CALPAS et la MI-30 au temps 1 ($r = -0,36$) et au temps 3 ($r = -0,41$). Ces résultats indiquent que sans être significativement liée à l'efficacité thérapeutique, l'alliance thérapeutique est liée à l'état psychologique des participants au tout début de la thérapie ainsi qu'à la fin de la thérapie.

Comparaison avec d'autres études

Lien direct. Parmi les études ayant mis en lien des variables similaires à celles de la présente étude, celle de McBride et al. (2010) a démontré une relation significative entre l'alliance thérapeutique et la rémission autant de dépressions hautement récurrentes que de celles moins récurrentes. Dans leur étude, la mesure de l'alliance thérapeutique a été réalisée au moyen du WAI et le BDI-II a servi à mesurer la sévérité des symptômes dépressifs en prétraitement et post-traitement. L'utilisation d'instruments différents pourrait expliquer les différences entre leurs résultats et ceux de la présente étude. Il importe aussi de mentionner que leur échantillon ($N = 74$) était plus grand que le nôtre ($N = 22$). De plus, la durée moyenne des processus de cette étude était de 16 séances, alors que les présents résultats sont tirés de processus plus brefs (6,4 séances). Il apparaît possible que ces différences méthodologiques puissent expliquer, en partie du moins, les différences de résultats.

Lien direct inversé. La possibilité qu'une amélioration de l'état psychologique soit associée avec l'alliance thérapeutique avait déjà été envisagée par DeRubeis et Feeley (1990). Suite à une étude effectuée auprès d'un échantillon de 25 clients dépressifs, DeRubeis et Feeley concluaient que l'état psychologique avant la mesure de l'alliance prédit celle-ci, mais que l'alliance thérapeutique à elle seule ne prédit pas les changements de symptômes subséquents. Ces chercheurs proposaient une autre explication quant à la relation entre l'alliance thérapeutique et l'efficacité de la thérapie, soit l'inversion du lien causal. Selon ces chercheurs, l'amélioration clinique pourrait

entraîner une meilleure alliance thérapeutique. Dans la présente étude, il n'a pas été possible d'établir de direction au lien examiné, puisque les analyses statistiques se sont limitées au calcul de corrélations entre les variables. Cependant, les résultats ont laissé voir une corrélation significative entre l'état psychologique du client et l'alliance thérapeutique, ce qui appuie les résultats de DeRubeis et Feeley.

Lien indirect. Des études plus récentes (Ritholz, 2011; Zuroff et al., 2007) ayant servi de fondement à l'hypothèse 4 ont laissé voir des liens complexes entre l'alliance thérapeutique et l'efficacité thérapeutique.

Zuroff et al. (2007). Les résultats de la présente étude vont dans le même sens que ceux de Zuroff et ses collaborateurs en ce qui a trait au lien entre l'alliance thérapeutique et l'efficacité thérapeutique. En effet, dans leur étude, des analyses ont été conduites pour déterminer les prédicteurs de la réduction des symptômes dépressifs parmi les variables suivantes : la motivation autodéterminée, la motivation contrôlée, l'alliance thérapeutique, et ce, dans trois modalités de traitement. Le niveau de base de la symptomatologie dépressive ainsi que le niveau en posttraitement étaient mesurés au moyen du BDI-II. Des régressions multiples ont été conduites pour vérifier l'impact de certaines variables sur les scores au BDI-II en prétraitement et en posttraitement. Les résultats n'ont laissé voir aucun impact significatif des variables mesurées en prétraitement. En posttraitement, la motivation autodéterminée et l'alliance thérapeutique se sont révélées être des prédicteurs significatifs d'un niveau plus bas de

sévérité de la dépression. Toutefois, lorsque les deux variables ont été analysées simultanément, les régressions multiples ont mis en évidence que le facteur commun le plus puissant dans le traitement de la dépression est la motivation autodéterminée et non l'alliance thérapeutique.

Ritholz (2011). Les résultats de la présente étude peuvent s'expliquer à la lumière de ceux de Ritholz, permettant ainsi de mieux comprendre les liens entre l'alliance thérapeutique et l'efficacité thérapeutique. Dans cette étude, un lien a d'abord été confirmé entre l'alliance thérapeutique et le rétablissement des personnes ayant des problèmes de santé mentale. Cependant, ce lien s'est avéré faible comparativement au lien existant entre la mesure globale de soutien aux besoins fondamentaux (BPNS-S) (Connault & Robinson, 2010) et la mesure des résultats de la thérapie effectuée au moyen du MHRM (Mental Health Recovery Measure) (Bullock & Young, 2003). De plus, lorsque la variable « soutien aux besoins fondamentaux » a été incluse dans l'analyse de régression hiérarchique, l'alliance thérapeutique n'était plus un prédicteur significatif. On peut ainsi conclure que, d'une certaine façon, le lien entre l'alliance thérapeutique et le rétablissement des personnes atteintes de problèmes de santé mentale n'a pas été confirmé dans l'étude de Ritholz, comme c'est le cas dans la présente étude. On peut faire l'hypothèse que les liens entre l'alliance thérapeutique et l'efficacité de la thérapie sont plus complexes que ce qui a été envisagé au départ. L'absence de lien direct significatif dans les résultats relatifs à cette hypothèse 4 pourrait être expliquée par cette complexité des liens.

Explication des résultats

Outre cette hypothèse de complexité des liens, d'autres éléments pourraient aussi expliquer les résultats obtenus.

Instrument de mesure et résultats. Il apparaît aussi possible que l'instrument choisi pour la mesure de l'alliance thérapeutique ait contribué aux résultats obtenus. Il a été démontré dans une méta-analyse de Martin et al. (2000) que le WAI (Horvath & Greenberg, 1989), les Penn Helping Alliance Scales (Alexander & Luborsky, 1986) et les Vanderbilt Therapeutic Alliance Scales (Hartley & Sturp, 1983), la CALPAS (Gaston & Marmar, 1994) démontraient tous des relations modérément significatives avec les résultats de la thérapie et que la taille d'effet pour la CALPAS s'était montrée plus faible que pour les autres mesures de l'alliance thérapeutique. Zuroff et al. (2007) ont, eux aussi, eu recours à la CALPAS et leurs résultats n'ont pas démontré que l'alliance thérapeutique était un prédicteur des résultats de la thérapie. Cependant, une relation avait été établie entre l'alliance et la symptomatologie dépressive à la fin de la thérapie, à l'instar des présents résultats.

On peut ainsi penser que les résultats aient pu être différents avec un autre instrument de mesure de l'alliance thérapeutique. En effet, McBride et al. (2010) ont obtenu un lien significatif entre l'alliance et les résultats de la thérapie au moyen du WAI (Horvath & Greenberg, 1989). Ritholz (2011), pour sa part, a eu recours à la version s'adressant au client du STAR-P (Scale to Assess Therapeutic Relationship-

Client) (McGuire-Snieckus et al., 2007) et un lien significatif faible a pu être détecté entre cette mesure de l'alliance thérapeutique et les résultats de la thérapie. Toutefois, ce lien n'était plus significatif une fois l'entrée d'autres variables dans l'équation de régression. On peut même penser que l'instrument ne serait pas seul en cause, mais qu'un seul temps de mesure de l'alliance ne soit pas optimal pour observer la façon dont l'alliance thérapeutique se comporte en cours de processus et ses rapports avec les résultats thérapeutiques (Golden & Robins, 1990; Joyce & Piper, 1990; Kramer et al., 2009).

Particularité des programmes d'aide pour l'établissement de l'alliance. Dans la présente étude, le nombre restreint de séances pourrait avoir contribué à l'absence de lien significatif entre l'alliance thérapeutique et les changements entre les deux temps de mesure. Plusieurs études (Golden & Robins, 1990; Joyce & Piper, 1990; Kramer et al., 2009) se sont penchées sur l'évolution de l'alliance thérapeutique en cours de processus et ont permis de constater que, lorsque des mesures de l'alliance étaient proposées aux clients à chaque séance, une courbe en U se dessinait. Ainsi, pour une thérapie de 12 rencontres par exemple, les mesures de l'alliance se révélèrent plus élevées pour les 4 premières et les 4 dernières rencontres que pour les 4 du milieu (Golden & Robins). Il apparaît possible que, lors de processus aussi brefs que dans la présente étude, le moment où a été prise la mesure de l'alliance thérapeutique puisse avoir eu un impact sur l'absence ou la présence de relation significative entre l'alliance thérapeutique et les résultats de la thérapie.

L'alliance thérapeutique a déjà été étudiée en fonction de son impact sur les résultats thérapeutiques, dans des processus courts, en comparaison avec des processus plus longs (Gaston et al., 1994). Selon cette étude, la valeur prédictive de l'alliance pourrait être davantage associée aux thérapies de longue durée, ce qui pourrait aussi contribuer à expliquer l'absence de liens significatifs dans la présente étude.

Taille de l'échantillon et analyses statistiques. Il apparaît aussi possible d'expliquer l'absence de lien significatif dans la présente étude par la faible taille de l'échantillon ayant restreint la puissance des analyses statistiques. De plus, on peut retenir comme hypothèse explicative que la relation entre ces variables n'est pas simple et que seules des analyses étudiant des modèles plus complexes seraient en mesure de faire la lumière sur les liens entre la relation thérapeute-client et les résultats de la thérapie. Des analyses de régression multiple, par exemple, seraient mieux adaptées pour examiner les associations complexes selon Hoyt, Leierer et Millington (2006). Si la taille de l'échantillon l'avait permis, nous aurions pu analyser au moyen de régressions multiples l'impact relatif du soutien interpersonnel et de l'alliance thérapeutique. En plus de la faible taille de l'échantillon, la distribution leptokurtique obtenue pour la CALPAS pourrait être associée à l'absence de lien significatif entre l'efficacité thérapeutique et l'alliance thérapeutique. La faible variance des scores, en ce qui a trait à l'alliance thérapeutique, pourrait avoir contribué à l'absence de résultats significatifs.

En somme, la quatrième hypothèse était fondée sur un corpus de recherches qui permettait de présumer de la présence d'un lien direct entre l'alliance thérapeutique et les résultats thérapeutiques. La relation simple attendue pourrait être plus complexe et inclure d'autres variables, notamment la motivation autodéterminée et le soutien aux besoins d'autonomie et de compétence (McBride et al., 2010; Zuroff, 2007). Certaines études issues de la théorie de l'autodétermination démontrent que la motivation autodéterminée pourrait être davantage liée aux résultats de la thérapie que l'alliance thérapeutique (McBride et al.; Zuroff et al.). En effet, le soutien au besoin d'autonomie est apparu être lié significativement à la fois à l'alliance thérapeutique et à la motivation autodéterminée dans l'étude de Zuroff et al., qui a démontré que la motivation autodéterminée est un prédicteur plus puissant des résultats thérapeutiques que l'alliance thérapeutique et le soutien au besoin d'autonomie.

Analyse complémentaire

Une analyse complémentaire a vérifié les liens entre l'efficacité thérapeutique et l'état psychologique du client au temps 1 et au temps 3. Les résultats de cette analyse seront discutés ci-dessous.

Efficacité thérapeutique et état psychologique des clients

Les résultats de la présente étude ont démontré qu'il existe une relation significative entre l'état psychologique au début du traitement et l'efficacité thérapeutique. Plus spécifiquement, ce résultat indique que plus les gens sont mal en

point au départ (état psychologique moins bon), plus la thérapie est efficace. Les présents résultats viennent conforter ceux de Lambert et al. (2005) qui ont démontré que les clients affichant un état de détresse important au départ récupéraient davantage à l'intérieur d'une séance que ceux qui se portaient mieux. Lambert et al. avaient aussi remarqué que les personnes qui présentaient un meilleur état psychologique que le seuil de normalité avaient tendance à aggraver leur état en cours de thérapie. Ce résultat pourrait s'expliquer par la possibilité qu'une souffrance importante amène une personne à s'investir plus intensément dans le travail thérapeutique afin de retrouver un état de bien-être.

Synthèse globale de la discussion

Les prochains paragraphes visent à prendre du recul pour adopter un regard d'ensemble sur la discussion et les éléments qui en ressortent pour en tirer certaines conclusions. Il y sera question de l'efficacité thérapeutique, de la durée des processus thérapeutiques, des constats à propos des variables relationnelles et de la complexité des liens entre l'efficacité thérapeutique et les variables étudiées.

Efficacité thérapeutique

Les résultats ont démontré que les processus thérapeutiques ont été efficaces. Un changement cliniquement significatif a pu être confirmé, démontrant que les participants ont tiré profit des services offerts par leur programme d'aide et plus particulièrement ceux dont l'état psychologique était moins bon au départ. Le seuil de rétablissement de

44 n'a pas été atteint pour la majorité de l'échantillon. Ceci peut être attribuable à la possibilité que ce seuil ne soit pas approprié pour la population québécoise puisqu'il a été établi pour la population américaine. Par ailleurs, il est aussi possible que, si ce seuil est pertinent, les résultats indiquent qu'un plus grand nombre de séances pourrait être requis pour le rétablissement des participants.

Les résultats indiquent aussi que moins l'état psychologique est bon au départ, plus les patients tendent à tirer profit des services. On pourrait ainsi penser que les services des programmes d'aide aux employés répondraient mieux aux besoins des personnes ayant des symptômes aigus.

Durée de la thérapie

La brièveté des processus thérapeutiques a été évoquée dans la discussion des résultats pour expliquer que le seuil de normalité n'a pas été atteint par la majorité des participants. On peut penser que des processus aussi brefs ne permettent peut-être pas au client de bénéficier au maximum des effets du soutien offert par le thérapeute à ses besoins d'autonomie, de compétence et d'affiliation. Des études tendent à démontrer que la satisfaction du besoin d'autonomie (Dwyer et al., 2011) et le soutien au besoin d'autonomie (Zuroff et al., 2012) se développent en cours de thérapie et seraient optimaux au-delà de la 5^e rencontre (Dwyer et al.), et même de la 13^e (Zuroff et al.).

Variables relationnelles et efficacité thérapeutique

Un résultat marquant de la présente étude est qu'aucune des deux variables relationnelles (soutien aux besoins fondamentaux et alliance thérapeutique) n'a démontré de corrélation significative avec l'efficacité thérapeutique, alors que ces deux mêmes variables ont montré des liens significatifs et forts entre elles. De plus, les distributions des scores pour l'alliance thérapeutique (CALPAS) et le soutien aux besoins du client de la part du thérapeute (ECI) présentent des écarts à la normalité (distributions leptokurtiques). Ainsi, pour les variables relationnelles, la présence de distributions avec des variances aussi faibles, combinée à la taille réduite de l'échantillon a possiblement rendu peu vraisemblable la possibilité d'obtenir des résultats significatifs. Ces caractéristiques pourraient indiquer que les gens qui ont répondu aux questionnaires sont ceux qui se sentaient soutenus et avaient une bonne alliance avec leur thérapeute. Quoi qu'il en soit, il s'avère nécessaire de demeurer prudent dans l'interprétation des résultats relatifs aux variables relationnelles et de poursuivre les efforts de recherche sur les liens entre des variables associées à la relation thérapeutique et l'efficacité thérapeutique dans des processus brefs.

Il est aussi intéressant de remarquer que seule l'alliance thérapeutique s'est montrée liée significativement avec l'état psychologique des participants au début ainsi qu'à la fin de la thérapie contrairement au soutien aux besoins (autonomie, compétence et affiliation). Ceci indique que, malgré les fortes relations entre ces deux variables (soutien aux besoins du client de la part du thérapeute et alliance thérapeutique), ces

deux construits ciblent des dimensions différentes de la relation et méritent d'être toutes deux considérées.

Complexité des liens

Une hypothèse explicative relative à l'absence de corrélation significative entre les variables relationnelles et l'efficacité thérapeutique tient au fait qu'on a étudié des relations directes entre les variables, alors que les liens sont vraisemblablement plus complexes. En effet, il apparaît possible que ces liens fassent intervenir des variables modératrices ou médiatrices. Moreau et Mageau (2013) ont d'ailleurs mis en évidence que le lien direct entre le soutien à l'autonomie et les changements dans divers champs de recherche (éducation, enseignement, comportements de santé, travail) n'est pas toujours significatif et qu'il est nécessaire de considérer des variables médiatrices, ce qui pourrait aussi s'appliquer à la psychothérapie.

Ainsi, la complexité des phénomènes associés aux changements en psychothérapie amène à penser que seuls des modèles plus complexes, faisant intervenir d'autres variables et plus de temps de mesure, seraient à même de fournir des réponses claires sur les déterminants de l'efficacité des processus thérapeutiques.

Retombées de la présente étude

Certaines retombées peuvent découler de la présente étude, au plan des connaissances et au plan clinique.

Plan scientifique

Sur le plan des connaissances, la présente étude apporte une confirmation supplémentaire à la conclusion que la thérapie est efficace (Lambert, 2013) et vient conforter les résultats de quelques études ayant démontré que les processus brefs et très brefs peuvent également l'être (Abbass, 2006; Dornelas et al., 2010; Kadera et al., 1996). Les présents résultats viennent aussi appuyer ceux d'autres études ayant démontré l'efficacité des services offerts par les programmes d'aide aux employés (Back-Tamburo, 2005; Greenwood et al., 2005; Jacobson et al., 2011). Les résultats indiquent que les personnes présentant un moins bon état psychologique au départ s'améliorent davantage que celles avec un meilleur état psychologique au départ.

Dans la présente étude, les résultats mettent aussi en évidence la présence de liens significatifs entre l'alliance thérapeutique et l'état psychologique du client au début et à la fin de la thérapie ainsi que l'absence de lien avec les résultats de la thérapie. Ceci amène à penser que l'alliance thérapeutique pourrait être davantage influencée par l'état psychologique des clients plutôt qu'un déterminant de l'efficacité thérapeutique dans cet échantillon.

Au chapitre des instruments de mesure, les résultats soulèvent un questionnement sur la pertinence d'utiliser la CALPAS dans les recherches portant sur des processus de courtes durées. Il en va de même pour l'ECI qui pourrait ne pas être adaptée au contexte de la thérapie. Par surcroit, la question du seuil de normalité associé à la MI-30 a été

soulevée mettant en évidence la nécessité d'établir des normes pour la population québécoise.

Plan clinique

Les résultats de la présente étude confirment une amélioration de l'état psychologique des clients malgré la brièveté des thérapies. Le fait que le seuil de rétablissement n'a pas été atteint amène à penser que les programmes d'aide aux employés gagneraient à offrir la possibilité de suivis de plus longue durée. Ce faisant, ils répondraient davantage aux besoins de leur clientèle. À ce propos, il existe des programmes d'aide qui offrent la possibilité d'un plus grand nombre de séances. Qu'il soit question de 5, ou de 24 séances, celles-ci sont généralement renouvelables au début de chaque année, offrant ainsi aux clients la possibilité de revenir consulter. En conclusion, l'étude confirme qu'il s'agit d'un service profitable à nombre de clients.

Les résultats confirment également que le soutien aux besoins du client (autonomie, compétence, affiliation) est lié significativement à l'alliance thérapeutique. Bien que le sens de la relation n'ait pas pu être déterminé, on peut penser que le fait d'offrir du soutien aux besoins du client (autonomie, compétence et affiliation) pourrait aider à développer une alliance solide. On pourrait ainsi former les intervenants des PAE et autres services court terme à soutenir efficacement les besoins des clients.

Forces et limites de la recherche

La présente étude est caractérisée par un certain nombre de forces et de limites qui seront mises en évidence dans les paragraphes qui suivent.

Forces de la recherche

Originalité. La principale force de la présente étude est son originalité. En effet, il s'agit vraisemblablement de la première étude auprès de la population québécoise portant sur l'efficacité thérapeutique, le soutien aux besoins d'autonomie, de compétence et d'affiliation, et l'alliance thérapeutique. De plus, c'est probablement la première à avoir porté sur l'efficacité de processus thérapeutiques offerts dans le cadre de programmes d'aide aux employés au Québec, puisqu'aucune étude publiée n'a été recensée. Dans la mesure où peu d'études ont été réalisées à ce jour dans des cadres thérapeutiques aussi brefs, cette étude offre des pistes pour la poursuite des recherches.

Méthodologie. Une autre force de cette étude est sa méthodologie ayant fait appel à des instruments présentant de bonnes qualités métrologiques ainsi qu'à un processus de cueillette de données rigoureux.

Limites de la recherche

Taille de l'échantillon. La petite taille de l'échantillon représente la principale limite de cette étude. En plus d'empêcher la généralisation des résultats, elle a eu un

impact sur la puissance des analyses statistiques effectuées et possiblement sur les résultats obtenus.

Absence de groupe contrôle. De plus, l'absence d'un groupe contrôle empêche d'attribuer avec certitude les changements observés au processus thérapeutique suivi. Un tel devis de recherche avec un groupe contrôle est particulièrement difficile à réaliser, beaucoup trop exigeant dans le cadre d'un essai doctoral.

Moment des mesures. Considérant qu'il s'agissait de processus thérapeutiques très brefs, le nombre de mesures, ainsi que les moments de mesure ont dû être restreints. Cela a limité les possibilités d'observer l'évolution des variables étudiées.

Instruments de mesure. L'utilisation de l'ECI a soulevé des questionnements quant à sa pertinence pour mesurer le soutien aux besoins d'autonomie de compétence et d'affiliation dans le cadre de la psychothérapie. L'utilisation d'un autre instrument aurait peut-être généré des résultats différents. Il en va de même pour la mesure de l'alliance thérapeutique où l'utilisation de la CALPAS a aussi soulevé certaines interrogations.

Pistes pour les recherches futures

Taille de l'échantillon

La même étude gagnerait à être reprise en utilisant les mêmes variables, mais en recrutant un plus grand échantillon. Ceci permettrait d'appuyer les résultats de la

présente étude et aussi de procéder à des analyses statistiques plus complexes comme des régressions multiples.

Ajout de gratification. Dans le but d'augmenter la taille de l'échantillon, il apparaît aussi possible que l'ajout d'une gratification puisse avoir un impact positif sur la motivation des clients de PAE à participer. En effet, parmi les moyens utilisés pour maintenir l'intérêt des participants, certains chercheurs offrent une compensation aux participants qui se rendent au bout du processus d'évaluation. Il pourrait s'agir d'un tirage à la fin de la collecte de données, ou encore d'introduire parmi les questionnaires une variable qui fournit une information utile au client et qui lui serait transmise. Dans le même ordre d'idée, cette stratégie aurait pu être instaurée pour les thérapeutes, stimulant ceux-ci à participer à la collecte de données et à solliciter un plus grand nombre de clients.

Autres moyens facilitants. Avec un certain recul, des conditions auraient pu favoriser un échantillon plus grand à partir des milieux recrutés. Certains changements pourraient être apportés, tels que : mettre à la disposition des participants un espace pour remplir, immédiatement après la séance, le questionnaire et le déposer dans des boîtes installées dans les milieux.

Élargissement de l'éventail des programmes d'aide. En plus de permettre d'augmenter la taille de l'échantillon, recruter davantage de PAE et autres services

offrant des suivis brefs pourrait rendre possible certaines comparaisons en fonction des pratiques diverses, notamment le nombre de séances.

Instruments de mesure

La même étude pourrait être reprise en utilisant des instruments de mesure différents pour les variables relationnelles « soutien aux besoins » (autonomie, compétence, affiliation) et « alliance thérapeutique ».

Dans le cas de la variable « soutien aux besoins » (d'autonomie, de compétence et d'affiliation), le développement et la validation d'un instrument de langue française adapté au cadre de la psychothérapie constituent une piste intéressante pour la recherche en psychologie. En ce qui a trait à l'alliance thérapeutique, l'utilisation d'un autre instrument parmi ceux disponibles permettrait de vérifier les résultats obtenus avec la CALPAS.

Mesure d'efficacité thérapeutique. Une direction intéressante pour la recherche serait de réaliser des études afin de développer des normes québécoises pour la MI-30 puisque le seuil établi par Lambert et al. (2005) pourrait ne pas être approprié pour la population francophone du Québec.

Ajout de variables

Il serait intéressant de reproduire cette étude et d'inclure des variables supplémentaires qui permettraient de mieux étudier les phénomènes. On peut penser notamment à la motivation autonome ou à différents types de motivation. De plus, inclure plusieurs sources de soutien (p. ex., parents, enfants, collègues, patrons, ami(e)s, conjoint(e)s), à l'instar de l'étude de Ritholz (2011) permettrait une meilleure compréhension de l'impact de cette variable sur l'efficacité thérapeutique.

Problématiques des participants

Il serait aussi intéressant, lors de prochaines études, d'obtenir des précisions sur les problématiques et psychodiagnostics des participants afin de vérifier l'impact de ces variables sur les résultats thérapeutiques. Cette information pourrait offrir la possibilité d'identifier les problématiques pour lesquelles les thérapies brèves sont efficaces.

En somme, il serait pertinent de vérifier l'impact sur l'efficacité thérapeutique de variables non étudiées dans la présente étude et de développer des modèles plus complexes des déterminants de l'efficacité thérapeutique.

Conclusion

La présente étude avait pour objectif premier de vérifier l'efficacité des processus thérapeutiques très brefs offerts par les PAE et autres services. Dans un deuxième temps, elle visait à examiner les liens entre le soutien offert aux besoins d'autonomie, de compétence et d'affiliation du client de la part du thérapeute, l'efficacité thérapeutique et l'alliance thérapeutique.

La recension des écrits a mis en évidence que les thérapies sont efficaces pour beaucoup de personnes, indépendamment des approches et pour des problématiques variées. Les personnes voient leur état psychologique et leur niveau de fonctionnement s'améliorer. L'efficacité thérapeutique est ainsi associée à un certain nombre de facteurs communs à toutes les approches.

Les besoins urgents de l'après-guerre rendaient impérative la brièveté des traitements. Dès lors, des processus brefs ont été développés selon plusieurs approches. Par la suite, quelques études ont été réalisées pour établir leur efficacité. Il a d'ailleurs été démontré que des résultats positifs peuvent être obtenus rapidement et que la vitesse de changement est plus grande lorsque les personnes savent que le processus est limité dans le temps.

Les programmes d'aide aux employés offrent généralement des processus brefs et très brefs. Certaines études démontrent que le niveau de fonctionnement global des clients s'améliorait en cours de thérapie malgré un nombre réduit de rencontres. De plus, les PAE se sont avérés efficaces pour diminuer l'absentéisme ainsi que le niveau de détresse au travail et régler certains problèmes personnels.

Parmi de facteurs communs associés à l'efficacité thérapeutique figure la contribution du thérapeute à la relation thérapeutique. Le soutien aux besoins d'autonomie, de compétence et d'affiliation peut être vu comme une part de cette contribution. Nombre d'études utilisant comme cadre de référence la TAD ont démontré qu'offrir du soutien aux besoins d'autonomie, de compétence et d'affiliation entraînait des conséquences positives dans différents domaines (santé, sports, performances académiques, enseignement, etc.), mais plus rarement dans le domaine de la psychothérapie.

L'alliance thérapeutique représente aussi une variable relationnelle maintes fois associée à l'efficacité thérapeutique. Plusieurs études ont démontré un lien entre la qualité de l'alliance thérapeutique et les résultats des thérapies. Les clients qui développent une alliance thérapeutique solide lors des premières séances et qui se maintient jusqu'à la fin du processus obtiendraient de meilleurs résultats thérapeutiques.

La présente recherche est la première étude québécoise à s'intéresser à l'efficacité des processus thérapeutiques brefs offerts dans le cadre de PAE et autres services offrant des processus brefs. De plus, c'est aussi la première à étudier les liens entre le soutien à chacun des trois besoins des clients (autonomie, compétence, affiliation) et l'alliance thérapeutique ainsi que l'efficacité des suivis thérapeutiques. L'étude a été réalisée auprès d'un échantillon de 22 personnes ayant suivi un processus thérapeutique bref. L'efficacité thérapeutique a été évaluée à partir des changements dans l'état psychologique des participants (pré-post suivi thérapeutique) au moyen de la Mesure d'Impact. Les deux autres variables à l'étude ont été mesurées à l'aide d'instruments psychométriques démontrant de bonnes qualités métrologiques : l'ECI pour les comportements interpersonnels de soutien du thérapeute, la CALPAS pour l'alliance thérapeutique.

Les résultats ont confirmé l'efficacité des processus thérapeutiques étudiés, confortant ainsi ceux d'autres études ayant démontré que les thérapies brèves sont efficaces et que les services offerts par les programmes d'aide aux employés le sont aussi. Ainsi, les personnes y ayant accès peuvent voir leur état psychologique s'améliorer significativement malgré la courte durée des suivis. De plus, un lien s'est révélé significatif entre l'état psychologique au début de la thérapie et l'efficacité thérapeutique, indiquant que les personnes qui affichent une détresse marquée au départ démontrent plus d'amélioration que ceux qui se portent mieux. Ce phénomène avait déjà

été démontré dans d'autres études portant sur l'efficacité thérapeutique, mais pas dans le cadre de PAE.

Même si les résultats ont laissé voir une amélioration de l'état psychologique des personnes ayant eu recours aux services de psychothérapie, les participants de l'étude n'ont pas atteint le seuil de rétablissement associé à l'instrument de mesure utilisé. Il pourrait être possible que ce seuil de normalité, établi auprès de la population américaine, ne soit pas approprié pour la population québécoise et que plus de clients se soient effectivement rétablis. Cependant, malgré cela, il demeure vraisemblable qu'un tel résultat indique que l'état psychologique de certaines de ces personnes aurait nécessité plus de séances pour qu'ils atteignent le seuil (de normalité) de la population générale. Il pourrait être souhaitable que des recommandations en ce sens soient faites aux administrateurs des PAE et autres organismes concernés. En effet, il serait avantageux au plan clinique que les clients des PAE puissent obtenir des séances supplémentaires lorsque leur état psychologique le requiert. Pour s'assurer d'obtenir des données valides sur l'efficacité de suivis thérapeutiques, il apparaît important de développer des normes québécoises associées aux instruments de mesure de l'efficacité thérapeutique, notamment la Mesure d'Impact.

La présente étude a aussi examiné les liens entre l'efficacité thérapeutique et le soutien aux besoins du patient (autonomie, compétence, affiliation). Les résultats n'ont pas démontré de lien significatif entre le soutien aux besoins du patient et l'efficacité

thérapeutique. Il semble que le soutien à ces besoins du client de la part du thérapeute aurait davantage d'impact sur la motivation du client que sur les résultats de la thérapie et que ce serait la motivation qui aurait un impact sur ces résultats, à l'instar de ce qui semble établi dans des domaines autres, comme les comportements de santé, les performances sportives, l'éducation, etc.

Les résultats n'ont pas laissé voir de lien statistiquement significatif entre l'efficacité thérapeutique et l'alliance thérapeutique. Toutefois, cette dernière s'est montrée reliée significativement à l'état psychologique des participants au début et à la fin de la thérapie, contrairement au soutien aux besoins (autonomie, compétence et affiliation). On pourrait proposer comme hypothèse que l'alliance thérapeutique soit davantage influencée par l'état psychologique des patients qu'elle n'influence les résultats de la thérapie.

La présente recherche a aussi clairement démontré de fortes relations entre les variables relationnelles : le soutien aux besoins du client de la part du thérapeute et l'alliance thérapeutique. Toutefois, les résultats indiquent aussi que ces deux construits ciblent des dimensions différentes de la relation qui méritent d'être considérées dans les prochaines études.

En conclusion, il faut se rappeler que la taille de l'échantillon et l'absence de groupe contrôle ne permettent pas la généralisation des résultats et suggèrent la prudence

dans les interprétations. Par ailleurs, même si les présents résultats vont dans le sens des études ayant démontré l'efficacité des PAE, ces services ne sont pas accessibles pour tous. En effet, selon Cloutier-Labelle (2010), les PAE bénéficient aux employés les plus avantagés financièrement puisqu'ils sont davantage présents au sein des grandes entreprises syndiquées. On peut penser que ce sont surtout les mieux nantis qui accèdent à ces services de santé mentale et sociale. Considérant que des services de psychothérapie brève et même très brève peuvent être efficaces, il serait souhaitable que les politiques gouvernementales les rendent disponibles dans les services publics offerts à toute la population et que la durée des services offerts tienne compte des problématiques plus complexes.

Références

- Abbass, A. A. (2006). Intensive short-term dynamic psychotherapy of treatment-resistant depression: A pilot study. *Depression and Anxiety*, *23*, 449-452.
- Abbass, A. A., Hancock, J. T., Henderson, J., & Kisely, S. (2006). Short-term psychodynamic psychotherapies for common mental disorders. *Cochrane database of Systematic Reviews*, issue 4, Article No. CD004687. doi:10.1002/14651858.CD004687.pub3
- Abbass, A. A., Town, J., & Driessen, E. (2011). The efficacy of short-term psychodynamic psychotherapy for depressive disorders with comorbid personality disorder. *Psychiatry*, *74*(1), 58-71.
- Abbass, A. A., Sheldon, A., Gyra, J., & Kaplin, A. (2008). Intensive short-term dynamic psychotherapy for DSM-IV personality disorders: A randomized controlled trial. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, *196*(3), 211-216.
- 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.
- Adie, J. W., Duda, J. L., & Ntoumanis, N. (2008). Autonomy support, basic need satisfaction and the optimal functioning of adult male and female sport participants: A test of basic needs theory. *Motivation and Emotion*, *32*, 189-199.
- Alexander, L. B., & Luborsky, L. (1986). The Penn Helping Alliance Scales. Dans L. S. Greenberg & W. M. Pinsof (Éds), *The psychotherapeutic process: A research handbook* (pp. 325-366). New York, NY: Guilford Press.
- Ambresin, G., Zimmermann, G., De Roten, Y., & Despland, J.-N. (2009). Length of treatment and patient clinical change in psychotherapy: the dose-effect relationship issue. *Schweizer Archiv für Neurologie und Psychiatrie*, *160*, 20-26.
- Aminato, F., Ferrero, A., Pierò, A., Cairo, E., Rocca, G., Simonelli, B., Fassina, S., Abbate-Daga, G., & Fassino, S. (2011). Supervised team management, with or without structured psychotherapy, in heavy users of a mental health service with borderline personality disorder: a two-year follow-up preliminary randomized study. *BMC Psychiatry*, *11*, 1-14. doi:10.1186/1471-244X-11-181.
- Anderson, E. M., & Lambert, M. J. (1995). Short-term dynamically oriented psychotherapy: A review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, *15*, 503-514. doi:10.1016/0272-7358(95)00027-M

- Angyal, A. (1941). *Foundations for a science of personality*. New York, NY: Commonwealth Fund.
- Baard, P. P., Deci, E. L., & Ryan, R. M. (2004). The relation of intrinsic need satisfaction to performance and well-being in two work settings. *Journal of Applied Social Psychology, 34*(10), 2045-2068.
- Back-Tamburo, M. (2005). *An examination of clinical outcomes from employee assistance program and work/life product integration*. Thèse de doctorat, University of Maryland, School of Social Work, Baltimore.
- Baker, A. L., Kavanagh, D. J., Kay-Lambkin, F. J., Hunt, S. A., Lewin, T. J., Carr, V. J., & Connolly, J. (2009). Randomized controlled trial of cognitive-behavioural therapy for coexisting depression and alcohol problems: short-term outcome. *Addiction, 105*, 87-99.
- Baldwin, S. A., Berkeljion, A., Atkins, D. C., Olsen J. A., & Nielsen, S. L. (2009). Rate of change in naturalistic psychotherapy : Contrasting dose-effect and good-enough models of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 77*, 203-211.
- Barber, J. P., Connolly, M. B., Crits-Christoph, P., Gladis, L., & Siqueland, L. (2000). Alliance predicts patients' outcomes beyond in-treatment change in symptoms. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 68*, 1027-1032.
- Barber, J. P., Khalsa, S. R., & Sharpless, B. A. (2010). The validity of the alliance as a predictor of psychotherapy outcome. Dans J. C. Muran & J. P. Barber (Éds), *The therapeutic alliance, an evidence-based guide to practice*. New York, NY: Guilford Press.
- Barker, S. L., Funk, S. C., & Houston, B. K. (1988). Psychological treatment versus non-specific factors: A meta-analysis comparable expectations for improvement. *Clinical Psychology Review, 8*, 579-594.
- Barkham, M., Connell, J., Stiles, W. B., Miles, J. N. V., Margison, J., Evans, C. & Mellor-Clark, J. (2006). Dose effect relations and responsive regulation of treatment duration : The good enough level. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 74*, 160-167.
- Baumeister, R. F., & Leary, M. R. (1995). The need to belong. Desire for interpersonal attachment as fundamental human motivation. *Psychological Bulletin, 117*, 497-529.

- Beck, A. T. (1987). Cognitive Therapy. Dans J. K. Zeig (Éd.), *The evolution of psychotherapy* (pp. 55-64). New York, NY: Brunner & Mazel.
- Bergin, A. E., & Lambert, M. J. (1994). The effectiveness of psychotherapy. Dans S. L. Garfield & A. E. Bergin (Éds), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (4^e éd.) (pp. 143-189). New York, NY: Wiley.
- Berk, M., Berk, L., & Castle, D. (2004). A collaborative approach to the treatment alliance in bipolar disorder. *Bipolar Disorders*, 6, 504-518.
- Beutler, L. E. (1979). Toward specific psychological therapies for specific conditions. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 47, 882-887.
- Beutler, L. E., Blatt, S. J., Alimohamed, S., Levy, K. N., & Angtuaco, L. (2006). Participant factors in treating dysphoric disorders. Dans L. G. Castonguay & L. E. Beutler (Éds), *Principles of Therapeutic Change that Work* (pp.13-63). New York, NY: Oxford University Press.
- Beutler, L. E., Machado, P. P. P., & Neufeldt, S. (1994). Therapist variables. Dans S. L. Garfield, & A. E. Bergin (Éds), *Handbook of psychotherapy and behaviour change* (4e éd.) (pp.259-269). New York, NY: John Wiley & Sons.
- Beutler, L. E., Malik, M., Alimohamed, S., Harwood, T. M., Talebi, H., Nobel, S., & Wong, E. (2004). Therapist variables. Dans M. J. Lambert (Éd.), *Garfield & Bergin's Handbook of psychotherapy and behavior change* (5e éd.) (pp.227-306). New York, NY: John Wiley & Sons.
- Blais, M. R., Sabourin, S., Boucher, C., & Vallerand, R. J. (1990). Toward a motivational model of couple happiness. *Journal of Personality and Social Psychology*, 59, 1021-1031.
- Bordin, E. S. (1975, Août). *The working alliance : Basis for general theory of psychotherapy*. Communication présentée au symposium de l'American Psychological Association, Washington, DC.
- Boutin, M. (2005). *Relation entre l'alliance thérapeutique, la santé mentale ainsi que la satisfaction envers la thérapie au cours d'un processus psychothérapeutique chez l'adulte*. (Mémoire de maîtrise inédit). Université du Québec à Chicoutimi, QC.
- Bowlby, J. (1973). *Attachment and loss: Vol. 2. Separation: Anxiety and anger*. New York, NY: Basis Books.
- Brillon, M. (2011). L'alliance thérapeutique. *Psychologie Québec*, 28(2), 20-23.

- Budd, R., & Hughes, I. (2009). The dodo bird verdict-Controversial, inevitable and important : A commentary of 30 years of meta-analyses. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 16(6), 510-522. doi :10.1002/cpp.648
- Bullock, W. A., & Young, S. L. (Août, 2003). *The Mental Health Recovery Measure (MHRM)*. Communication présentée au 111ième congrès annuel de l'American Psychological Association, Toronto, Canada.
- Burton, J. (2004). *Creating healthy workplaces*. Industrial Accident Prevention Association. Repéré à http://www.iapa.ca/pdf/2004_HWP_Healthy_Workplace_FINAL.pdf
- Castonguay, L. G., & Beutler, L. E. (2006). *Empirically supported principles of psychotherapeutic change: Integrating common and specific therapeutic factors across major psychological disorders*, New York, NY: Oxford University Press.
- Castonguay, L. G., Constantino, M. J., & Grosse Holtforth, M. (2006). The working alliance: Where are we and where we should we go ? *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 43, 271-279.
- Centre canadien d'hygiène et de sécurité au travail (CCHST) (2015). Fiches d'information réponses SST. *Programmes d'aide aux employés (PAE)*. Repéré à <http://www.cchst.ca/oshanswers/hsprograms/eap.html>
- Chiles, J. A., Lambert, M. J., & Hatch, A. L. (1999). The impact of psychological interventions on medical cost offset: A meta-analytic review. *Clinical psychology: Science and Practice*, 6, 204-220.
- Chiappelli, M., Lo Coco, G., Gullo, S., Bensi, L., & Prestano, C. (2008). L'outcome Questionnaire 45.2. Adattamento italiano di uno strumento per la valutazione dei trattamenti psicologici. *Epidemiologia e Psichiatria Sociale*, 17(2), 152-161.
- Churchill, R., Hunot, V., Corney, R., Knapp, M., McGuire, H., Tylee, A., & Wessely, S. (2001). A systematic review of controlled trials of the effectiveness and cost-effectiveness of brief psychological treatments for depression. *Health Technology Assessment*, 5(35), 1-173.
- Clarkin, J. F., & Levy, K. N. (2004). The influence of client variables on psychotherapy. Dans M. J. Lambert (Éd.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (5^e ed.) (pp. 194–226). New York, NY: Wiley
- Cloutier-Labelle, J. A. (2010). *Les déterminants de la présence du programme d'aide aux employés dans les entreprises du secteur privé au Canada* (Mémoire de maîtrise inédit). Université de Montréal, QC. Repéré sur <https://papyrus.bib.umontreal.ca/xmlui/handle/1866/4416>

- Connault, N. J. G., & Robinson, K. (2010). *The influence of basic psychological need satisfaction on subjective vitality in Australian higher education: A test of self-determination theory* (Unpublished Honour's thesis). Edith Cowan University, Perth, WA.
- Constantinidès, P., Blondeau, C., & Drapeau, M. (2010). La psychothérapie dynamique dans la pratique psychiatrique : est-ce efficace ? *Annales Médico-Psychologiques*, *169*, 348-353.
- Constantino, M. J., Castonguay, L. G., & Schut, A. J. (2002). The working alliance: A flagship for the "scientist-practitioner" model in psychotherapy. Dans G. S. Tryon (Éd.), *Counseling based on process research* (pp. 81-131). Boston, MA: Allyn & Bacon.
- Cousineau, M., Varin, P., & Levreault, R. (1985). Les programmes d'aide aux employés. *Santé mentale au Québec*, *10*(2), 166-170.
- Crits-Christoph, P., Connolly, M. B., & Hearon, B. (2006). Does the alliance cause good outcome? Recommendations for future research on the alliance. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, *43*, 280-285.
- Crits-Christoph, P., Gibbons, M. B. C., & Mukherjee, D. (2013). Psychotherapy Process-Outcome Research. Dans M. J. Lambert (Éd.), *Bergin, & Garfield's Handbook of psychotherapy and behavior change* (6e éd.) (pp. 298-340). Hoboken, NJ: Wiley.
- Crits-Christoph, P., & Mintz, J. (1991). Implication of therapist effects for the design and analysis of comparative studies of psychotherapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *59*, 20-26.
- Cuijpers, P., Smit, F., Bohlmeijer, E., Hollon, S. D., & Andersson, G. (2010). Efficacy of cognitive-behavioral therapy and other psychological treatments for adult depression : Meta-analytic study of publication bias. *British Journal of Psychiatry*, *196*(3), 173-178.
- Cuijpers, P., van Straten, A., Warmerdam, L., & Andersson, G. (2008). Psychological treatment of depression : A meta-analytic database of randomised studies. *BMC Psychiatry*, *8* (36), 1-6. doi : 10.1186/1471-244X-8-36
- D'Ailly, H. (2003). Children's autonomy and perceived control in learning: A model of motivation and achievement in Taiwan. *Journal of Educational Psychology*, *95*, 84-96.

- deCharms, R. (1968). *Personal causation : The internal affective determinants of behavior*. New York, NY: Academic Press.
- Deci, E. L. (1971). Effects of externally mediated rewards on intrinsic motivation. *Journal of Personality and Social Psychology*, *15*, 105-115.
- Deci, E. L. (1975). *Intrinsic motivation*. New York, NY: Plenum.
- Deci, E. L., & Moller, A. C. (2005). The concept of competence: a starting place for understanding intrinsic motivation and self-determined extrinsic motivation. Dans A. J. Elliot & C. J. Dweck (Éds.), *Handbook of competence and motivation* (pp. 579-597). New York, NY: Guilford Press.
- Deci, E. L., & Ryan, R. M. (1985). *Intrinsic motivation and self-determination in human behavior*. New York, NY: Academic Press.
- Deci, E. L., & Ryan, R. M. (2000). The “what” and “why” of goal pursuits: Human needs and the self-determination of behavior. *Psychology Inquiry*, *11*, 227-268.
- Deci, E. L., & Ryan, R. M. (2002). (Éds), *Handbook of self-determination research*. Rochester, NY: University of Rochester Press.
- de Jong, K., Nugter, M. A., Polak, M. G., Wagenborg, J. E. A., Spinhoven, P., & Heiser, W. J. (2007). The Outcome Questionnaire (OQ-45) in a Dutch population: A cross-cultural validation. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, *14*, 288–301. doi: 10.1002/cpp.529
- de Maat, S., Jonghe, F., Schoevers, R., & Dekker, J. (2009). The effectiveness of long-term psychoanalytic therapy: A systematic review of empirical studies. *Harvard Review of Psychiatry*, *17*, 1–23.
- DeRubeis, R. J., & Feeley, M. (1990). Determinants of change in cognitive therapy for depression. *Cognitive Therapy and Research*, *14*, 469-482.
- Despland, J.-N., Drapeau, M., De Roten, Y. (2005). A naturalistic study of the effectiveness of four-session format: The brief psychodynamic intervention. *Brief Treatment and Crisis Intervention*, *5*(4), 368-378. doi:10.1093/brief-treatment/mhi026
- Dewan, M. J., Steenbarger, B. N., Greenberg, R. P. (2004). *The art and science of brief psychotherapies. A practitioner's guide*. Washington DC: American Psychiatric Press.

- Dornelas, E. A., Ferrand, J., Stenowski, R., Barbagallo, J., & McCullough, L. (2010). A pilot study of affect-focused psychotherapy for antepartum depression. *Journal of Psychotherapy Integration, 20*(4), 364-382.
- Dwyer, L. A., Hornsey, M. J., Smith, L. G. E., Oei, T. P. S., & Dingle, G. A. (2011). Participants autonomy in cognitive behavioral group therapy : An integration of self-determination and cognitive behavioral theories. *Journal of Social and Clinical Psychology, 30*(1), 24-46. doi :10.152/jscp.2011.30.1.24
- Ellis, A. (1994). Post-traumatic stress disorder (PTSD): A rational emotive behavioral theory. *Journal of Rational-Emotive and Cognitive-Behavior Therapy, 12*(1), 3-25. Récupéré de <http://link.springer.com/article/10.1007%2F02354487>
- Ellsworth, J. R., Lambert, M. J., & Johnson, J. (2006). A Comparison of the Outcome Questionnaire-45 and the Outcome Questionnaire-30 in classification and prediction of treatment outcome. *Clinical Psychology and Psychotherapy, 13*, 380-391.
- Emmelkamp, P. M. G., & Powers, M. B. (2010). Agoraphobia. Dans J. Thomas, & M. Hersen (Éds), *Handbook of clinical psychology competencies* (pp. 723-758). New York, NY: Springer.
- Émond, C., Savard, K., Lalande, G., Côté, P., Boutin, M. (2002, novembre). *Propriétés psychométriques de la Mesure d'Impact (MI-45), version francophone du Outcome Questionnaire (OQ-45.2)*. Affiche présentée au XXIIe congrès de la Société Québécoise de Recherche de Psychologie, Québec, QC.
- Endicott, J., Spitzer, R. L., Fleiss, J., et al. (1976). The Global Assessment Scale: A procedure for measuring overall severity of psychiatric disturbance. *Archives of General Psychiatry, 33*, 766-771.
- Escobar, J. I., Gara, M. A., Diaz-Martinez, A. M., Interian, A., Warman, M., Allen, L. A., Woolfolk, R. L., Jahn, E., & Rodgers, D. (2007). Effectiveness of a time-limited cognitive behavior therapy type intervention among primary care patients with medically unexplained symptoms. *Annals of Family Medicine, 5*(4), 328-335.
- Eysenck, H. J. (1952). The effects of psychotherapy: An evaluation. *Journal of Consulting Psychology, 16*, 319-324.
- Faul, F., Erdfelder, E., Lang, A.-G., & Buchner, A. (2007). G*Power 3: A flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. *Behavior Research Methods, 39*, 175-191.

- Fisher, C. D. (1978). The effects of personal control, competence, and extrinsic reward systems on intrinsic motivation. *Organizational Behavior and Human Performance*, 21, 273-288.
- Flynn, R. J., Aubry, T. D., Guindon, S., Tardif, I., Viau, M., & Gallant, A. (2002). Validation d'une version française du Outcome Questionnaire et évaluation d'un service de counseling en milieu clinique. *Canadian Journal of Program Evaluation*, 17(3), 57-74.
- Frank, A. F., & Gunderson, J. G. (1990). The role of the therapeutic alliance in the treatment of schizophrenia. *Archives of General Psychiatry*, 43(3), 228-236.
- Freud, S. (1958). The dynamics of transference. Dans J. Starchey (Éd.), *The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud* (pp. 99-108). London: Hogarth Press. (Ouvrage original publié 1912).
- Frodi, A., Bridges, L., & Grolnick, W. (1985). Maternal correlates of stability and change in infant-mother attachment. *Infant Mental Health Journal*, 6(2), 60-67.
- Gagné, M. (2003). The role of autonomy support and autonomy orientation in prosocial behavior engagement. *Motivation and Emotion*, 27, 199-223.
- Gagné, M., & Deci, E. L. (2005). Self-determination theory and work motivation. *Journal of Organisational Behavior*, 26, 331-362.
- Gagné, M., Ryan, R. M., & Bargmann, K. (2003). Autonomy support and need satisfaction in the motivation and well-being of gymnasts. *Journal of Applied Sport Psychology*, 15, 372-390.
- 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, NY: John Wiley & Sons.
- Gaston, L., Marmar, C. R., Gallagher, D., & Thompson, L. W. (1991). Alliance prediction of outcome beyond in-treatment symptomatic change as psychotherapy process. *Psychotherapy research*, 1(2), 104-113.

- Gaston, L., Pipper, W., Debbane, E., Bienvenu, J. P., & Garant, J. (1994). Alliance and technique for predicting outcome in short and long-term analytic psychotherapy. *Psychotherapy Research, 4*(2), 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.
- Gelso, C. J., & Carter, J. A. (1994). Components of psychotherapy relationship : Their interaction and unfolding during treatment. *Journal of Counseling Psychology, 41*, 296-306.
- Golden, B., & Robins, S. (1990). The working alliance within time-limited therapy : A case of analysis. *Professional Psychology : Theory, Research, and Practice, 21*, 476-481.
- Goudreau, A., & Côté, G. (2001). La bibliothérapie : Comment favoriser l'alliance thérapeutique. *Revue québécoise de psychologie, 22*, 7-26.
- Greenberg, L. S., & Pinsof, W. M. (1986). *The psychotherapeutic process: A research handbook*. New York, NY: Guilford Press.
- Greenson, R. R. (1965). The working alliance and the transference neurosis. *Psychoanalytic Quarterly, 34*, 155-181.
- Greenwood, K. L., DeWeese, P., & Inscoc, P. S. (2005). Demonstrating the value of EAP services: A focus on clinical outcomes. *Journal of Workplace Behavioral Health, 21*(1), 1–10.
- Grolnick, W. S. (2002). *The psychology of parental control: How well-meant parenting backfires*. Mahwah, NJ: Erlbaum.
- Grolnick, W. S., & Ryan, R. M. (1989). Parent styles associate with children's self-regulation and competence in school. *Journal of Educational Psychology, 81*, 143-154.
- Grolnick, W. S., Ryan, R. M., & Deci, E. L. (1991). Inner resources for school achievement : Motivational mediator of children's perceptions of their parents. *Journal of Educational Psychology, 83*, 508-517.
- Gullo, S., Lo Coco, G., & Gelso, C. (2012). Early and later predictors of outcome in brief therapy: The role of real relationship. *Journal of Clinical Psychology, 68*(6), 614-619.

- Hagger, M. S., & Chatzisarantis, N. L. D. (2007). Intrinsic motivation and self-determination in exercise and sport. Dans M. S. Hagger, & N. L. D. Chatzisarantis (Éds), *Intrinsic motivation and self-determination in exercise and sport* (pp. 281–296). Champaign, IL: Human Kinetics.
- Hansen, N. B., Lambert, M. J., & Forman, E. M. (2002). The psychotherapy dose-response effect and its implications for treatment delivery services. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 9(3), 329-343.
- Harter, S. (1978). Effectance motivation reconsidered: Toward a development model. *Human Development*, 1, 661-669.
- Hartley, D. E., & Strupp, H. H. (1983). The therapeutic alliance: Its relationship to outcome in brief psychotherapy. Dans J. Masling (Éd.), *Empirical studies of psychoanalytical theories* (Vol. 1, pp. 1-37). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Hatfield, D. R., & Ogles, B. M. (2004). The use of outcome measures by psychologists in clinical practice. *Professional Psychology*, 35(5), 485-491. doi: 10.1037/0735-7028.35.5.485
- Hendrick S. (2007). *Un modèle de thérapie brève*. Ramonville Saint-Agne : Érès.
- Hersoug, A. G., Hoglend, 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 and Research*, 10, 205-216.
- Hersoug, A. G., Hoglend, P., Havik, O. E., & Monsen, J. T. (2010). Development of working alliance over the course of psychotherapy. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 83, 145-159.
- Hill, J. P., & Holmbeck, G. N. (1986). Attachment and autonomy during adolescence. *Annales of Children Development*, 3, 145-189.
- Hill, C. E., & Lambert, M. J. (2004). Methodological issues in studying psychotherapy processes and outcomes. Dans M. J. Lambert (Éd.), *Garefield & Bergin's Handbook of psychotherapy and behavior change* (5e éd.) (pp.84-135). New York, NY: John Wiley & Sons.
- Hilsenroth, M. J., Peters, E. J., & Ackerman, S. J. (2004). The development of therapeutic alliance during psychological treatment: Patient and therapist perspectives across treatment. *Journal of Personality Assessment*, 83, 332-344.
- Horvath, A. O. (2000). The therapeutic relationship: From transference to alliance. *Journal of Clinical Psychology*, 56(2), 163-173.

- Horvath, A. O., & Bedi, R. P. (2002). The alliance. Dans J. C. Norcross (Éd.), *Psychotherapy relationships that work: Therapists contributions and responsiveness to patients* (pp. 37-69). New York, NY: Oxford University Press.
- Horvath, A., O., & Del Re, A. C., Flückiger, C., & Symonds, D. (2011). Alliance in individual psychotherapy. Dans J. C. Norcross (Éd.), *Psychotherapy relationship tha work: Evidence-based responsiveness* (2e éd., pp.25-69). New York, NY: Oxford University Press.
- Horvath, A. O., & Greenberg, L. S. (1989). Developpement and validation of the Working Alliance Inventory. *Journal of Counseling Psychology*, 36, 223-233.
- Horvath, A. O., & Luborsky, L. (1993). The role of therapeutic alliance in psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61(4), 561-573.
- Horvath, A. O., & Symonds, B. D. (1991). Relation between working alliance and outcome in psychotherapy: A meta-analysis. *Journal of Counseling psychology*, 38, 139-149.
- Howard, K. I, Kopta, S. M., Krause, M. S., Merton, S., & Orlinsky, D. E. (1986). The dose-effect relationship in psychotherapy. *American Psychologist*, 41(2), 159-164.
- Howgego, I. M., Yellowlees, P., Owen, C., Meldrum, L., & Dark, F. (2003). The therapeutic alliance: the key to effective patient outcome? A descriptive review of the evidence in community mental health case management. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 37(2), 169-183.
- Hoyt, W. T., Leierer, S., & Millington, W. J. (2006). Analysis and interpretation of findings using multiple regression techniques. *Rehabilitation Counseling Bulletin*, 49(4), 223–233. doi: 10.1177/00343552060490040401
- Hunsley, J., & Di Giulio, G. (2002). Dodo bird, phoenix, or urban legend? The question of psychotherapy equivalence. *The Scientific Review of Mental Health Practice*, 1(1), 11-22.
- Institut national de santé publique du Québec (2008). *Avis scientifique sur les interventions efficaces en promotion de la santé mentale et en prévention des troubles mentaux*. Québec, QC : Gouvernement du Québec.
- Institut de la statistique du Québec (2010). *Étude sur la santé mentale et le bien-être des adultes Québécois: une synthèse pour soutenir l'action*. Gouvernement du Québec. Récupéré de <http://www.stat.gouv.qc.ca/statistiques/sante/etat-sante/mentale/sante-mentale-action.pdf>

- Jacobson, J. M., Jones, A. L., & Bower, N. (2011). Using existing employees assistance program case files to demonstrate outcomes. *Journal of Workplace Behavioral Health, 26*, 44-58. doi:10.1080/15555240.2011.540983
- Jacobson, N. S., & Truax, P. (1991). Clinical significance: A statistical approach to defining meaningful change in psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 59*, 12-19.
- Jensen, H. H., Mortensen, E. L., & Lotz, M. (2010). Effectiveness of short-term psychodynamic group therapy in a public outpatient psychotherapy unit. *Nordic Journal of Psychiatry, 64* (2), 106-114. doi:10.3109/08039480903443874
- Joiner, T. E., Sheldon, K. M., Williams, G. C., & Pettit, J. (2003). The integration of self-determination principles and scientifically informed treatments is the next tier. *Clinical Psychology: Science and Practice, 10*, 318-319. Doi : 101093/clipsy/bpg028
- Joyce, A. S., & Piper, A. W. (1990). An examination of Mann's model of time-limited individual psychotherapy. *The Canadian Journal of Psychiatry, 35*(1), 41-49.
- Jurado, J. (2007). *Toward understanding of psychometric properties of the Spanish version of the OQ-45*. Document consulté de ProQuest Dissertations & Theses Global. (UMI: 3267760)
- Kadera, S. W., Lambert, M. J., & Andrew, A. A. (1996). How much therapy is enough? A session-by-session analysis of psychotherapy dose-effect relationship. *Journal of Psychotherapy Practice and Research, 5*, 132-151.
- Kanfer, R., & Ackerman, P. L. (2004). Aging, adult development, and work motivation. *Academy of Management Review, 29*, 440-458.
- Kasser, T., & Ryan, R. M. (2001). Be careful what you wish for: Optimal functioning and relative attainment of intrinsic and extrinsic goals. Dans P. Schmuck, & K. M. Sheldon (Éds), *Life goals and well-being* (pp.116-131). Seattle, WA: Hogrefe & Huber Publishers.
- Kazdin, A. E. (1994). Methodology, design, and evaluation in psychotherapy research. Dans A. E. Bergin, & S. L. Garfield (Éds), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (4e éd.) (pp. 19-71). New York, NY: John Wiley & Sons.
- Knee, C. R., Lonsbary, C., Canevello, A., & Patrick, H. (2005). Self-determination and conflict in romantic relationships. *Journal of Personality and Social Psychology, 89*(6), 997-1009.

- Kopta, S. M., Howard, K. I., Lowry, J. L., & Beutler, L. E. (1994). Pattern of symptomatic recovery in psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 62*, 1009-1016.
- Kramer, U., de Roten, Y., Beretta, V., Michel, L., Despland, J. N. (2009). Alliance patterns over the course of short-term dynamic psychotherapy: The shape of productive relationships. *Psychotherapy Research, 19*(6), 699–706.
- 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.
- LaGuardia, J. G., & Ryan, R. M. (2000). Buts personnels, besoins psychologiques fondamentaux et bien-être : Théorie de l'autodétermination et applications. *Revue québécoise de psychologie, 21*, 281-304.
- LaGuardia, J. G., Ryan, R. M., Couchman, C. E., & Deci, E. L. (2000). Within-person variation in security of attachment: A self-determination theory perspective on attachment, need fulfillment, and well-being. *Journal of Personality and Social Psychology, 79*(3), 367-284.
- Lalande, G., Émond, C., Savard, K., Boisvert, N., & Larouche, H. (2007, juin). *Mesure de l'efficacité thérapeutique : propriétés psychométriques des trois versions de la Mesure d'Impact (MI-45, MI-30 et MI-10), adaptation française du Outcome Questionnaire*. Affiche présentée à la Société canadienne de psychologie, Ottawa, ON.
- Lambert, M. J. (1992). Psychotherapy outcome research : Implications for integrative and eclectic therapists. Dans J. C. Norcross & M. R. Goldfried (Éds), *Handbook of psychotherapy integration* (pp. 94-129). New York, NY : Basis Books.
- Lambert, M. J. (2007). Presidential address: What have we learned from a decade of research at improving psychotherapy outcome in routine care. *Psychotherapy Research, 17*(1), 1-14.
- Lambert, M. J. (2010). Le suivi en temps réel de la réponse à la psychothérapie: Une pratique fondée sur les données probantes. *Cahier recherche et pratique, Ordre des psychologues du Québec, 1*, 10-11.
- Lambert, M. J. (2013). The efficacy and effectiveness of psychotherapy. Dans M. J. Lambert (Éd.), *Bergin, & Garfield's Handbook of psychotherapy and behavior change* (6e éd.) (pp. 169-218). Hoboken, NJ: Wiley.

- Lambert, M. J., & Asay, T. P. (1999). The empirical case for the common factors in therapy: Quantitative finding. Dans American Psychological Association (Éd.). *The heart and soul of change: What works in therapy*, (pp.23-55). Waschingon, DC: APA.
- Lambert, M. J., & Bergin, A. E. (1994). The effectiveness of psychotherapy. Dans A. E. Bergin, & S. L. Garefield (Éds.), *Handbook of psychotherapy and behaviour change* (4^e éd.). New York, NY: Wiley.
- Lambert, M. J., Finch, A. M., Okiishi, J., & Burlingame, G. M. (2005) *Administration and scoring manual for Outcome Questionnaire (OQ-30.2)*. Orem, UT: American Professional Credentialing Services.
- Lambert, M. J., Hansen, N., Umphress, V., Lumen, K., Okiishi, J., & Burlingame, G. M. (1996). *Administration and scoring manual for the outcome questionnaire (OQ-45.2)*. Stevenson, MD: American Professionnal Credentialing Services.
- Lambert, M. J., Hansen, N. B., & Finch, A. E. (2001). Patient-focussed research : Using patient outcome data to enhance treatment effects. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69, 159-172.
- Lambert, J. L., Shapiro, D. A., & Bergin, A. E (1978). The effectiveness of psychotherapy. Dans S. L. Garefield, & A. E. Bergin (Éds), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (3e éd.) (pp.157-211). New York, NY: John Wiley & Sons.
- Lambert, M. J., & Ogles, B. M. (2004). The efficacy and effectiveness of psychotherapy. Dans M. J. Lambert (Éd.), *Garefield & Bergin's Handbook of psychotherapy and behavior change* (5e éd.) (pp.139-191). New York, NY : John Wiley & Sons.
- Lecompte, C. (2010). Documenter l'efficacité des interventions en psychothérapie. Comment améliorer son efficacité thérapeutique. *Cahier recherche et pratique, OPQ*, 1(1), 7-9.
- Lecompte, C., Savard, R., Drouin, M. S., & Guillon, V. (2004). Qui sont les psychothérapeutes efficaces? Implications pour la formation en psychologie clinique. *Revue québécoise de psychologie*, 25(3), 73-102.
- Leichsenring, F., & Rabung, S. (2008). Effectiveness of long-term psychodynamic psychotherapy. *The Journal of American Medical Association*, 300(13), 1551-1565. doi:10.1001/jama.300.13.1551
- Leichsenring, F., Rabung, S., & Leibing, E. (2004). The efficacy of short-term psychodynamic psychotherapy in specific psychiatric disorders: a meta-analysis. *Archives of General Psychiatry*, 61(12), 1208-1216.

- Lipsey, M. W., & Wilson, D. B. (1993). The efficacy of psychological, educational, and behavioral treatment: Confirmation from meta-analyses. *American Psychologist, 48*, 1181-1209.
- Luborsky, L. (1976). Helping alliances in psychotherapy. Dans J. L. Claghorn (Éd.), *Successful psychotherapy* (pp. 92-116). New York, NY: Brunner / Mazel.
- Luborsky, L., McLellan, A. T., Woody, G. E., O'Brien, C. P., & Auerbach, A. (1985). Therapist success and its determinants. *Archives of General Psychiatry, 42*, 602-611.
- Luborsky, L., Singer, J., & Luborsky, L. (1975). Comparative studies of psychotherapy. *Archives of General Psychiatry, 32*, 995-1008.
- McBride, C., Zuroff, D. C., Ravitz, P., Koestner, R., Moskowitz, D. S., Quilty, L., & Bagby, R. M. (2010). Autonomous and controlled motivation and interpersonal therapy for depression: Moderating role of recurrent depression. *British Journal of Clinical Psychology, 49*, 529-545.
- McGuire-Snieckus, R., McCabe, R., Catty, J., Hansson, L., & Priebe, S. (2007). A new scale to assess the therapeutic relationship in community mental health care : STAR. *Psychological Medicine : A Journal of Research in Psychiatry and the Allied Sciences, 37*(1), 85-95. doi: 10.1017/S0033291706009299
- McNeilly, C. L., & Howard, K. I. (1991). The effects of psychotherapy: A reevaluation based on dosage. *Psychotherapy Research, 1*, 74-78.
- Mancini, A. D. (2008). Self-Determination Theory: A framework for the recovery paradigm. *Advances in Psychiatric Treatment, 14*, 358-365. doi: 10.1192/apt.bp.107.004036
- Marchand, A., Roberge, P., Primiano, S., & Germain, V. (2009). A randomized controlled clinical of standard, group and brief cognitive-behavioral therapy for panic disorder with agoraphobia: A two-year follow-up. *Journal of Anxiety Disorders, 23*(8), 1139-1147.
- Martin, D. J., Garske, J. P., & Davis, M. K. (2000). Relation of therapeutic alliance outcome and other variables: A meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 68*, 438-450.
- Megglé, D. (1990). *Les thérapies brèves*. Paris, France: Retz.
- Ministère de la santé et des services sociaux (2005). *Plan d'action en santé mentale 2005-2010, la force des liens*. Québec: Gouvernement du Québec.

- Mohr, D. (1995). Negative outcome in psychotherapy: A critical review. *Clinical psychology*, 2, 1-27.
- Moreau, E., & Mageau, G. A. (2013). Conséquences et corrélats associés au soutien de l'autonomie dans divers domaines de vie. *Psychologie Française*, 58(3), 195-227.
- Newman, M. G., Crits-Christoph, P., Connelly Gibbons, M. B., & Erickson, T. M. (2006). Participant factors in treating anxiety disorders. Dans L. G. Castonguay & L. E. Beutler (Éds), *Principles of therapeutic change that work* (pp. 121–154). New York, NY: Oxford University Press.
- Niemiec, C. P., Lynch, M. F., Vansteenkiste, M., Bernstein, J., Deci, E. L., & Ryan, R. M. (2006). The antecedents and consequences of autonomous self-regulation for college: A self-determination theory perspective on socialisation. *Journal of Adolescence*, 29, 761-775.
- Nix, G. A., Ryan, R. M., Manly, J. B., & Deci, E. L. (1999). Revitalization through self-regulation: The effects of autonomous and controlled motivation on happiness and vitality. *Journal of Experimental Social Psychology*, 35, 266-244.
- Norcross, J. C., & Wampold, B. E. (2011). Evidence-based therapy relationship: Research conclusions and clinical practices. Dans J. C. Norcross (Éd.), *Psychotherapy relationships that work: Evidence-based responsiveness* (2e ed.) (pp. 423-430). New York, NY: Oxford University Press.
- Ogrodniczuk, J. S., Piper, W. E., Joyce, A., & McCallum, M. (2000). Different perspectives of therapeutic alliance and therapist technic in two forms of dynamically oriented psychotherapy. *Canadian Journal of Psychiatry*, 45, 452-458.
- Organisation mondiale de la santé (2001). *Rapport sur la santé dans le monde, 2001 La santé mentale : Nouvelle conception, nouveaux espoirs*. Genève, Suisse : Organisation mondiale de la santé.
- Orlinsky, D. E., & Howard, K. I. (1980). Gender and psychotherapeutic outcome. Dans A. M. Brodsky, & R. T. Hare-Mustin (Éds), *Women and psychotherapy* (pp. 3-34). New York, NY : Guilford Press.
- Otis, N., & Pelletier, L. G. (2000). *Construction et validation d'une échelle sur les perceptions des comportements interpersonnels associés à la motivation autodéterminée*. Communication présentée au 23e congrès annuel de la Société québécoise pour la recherche en psychologie, Hull.
- Pelletier, L. G., Dion, S. C., Slovinc-D'Angelo, M., & Reid, R. (2004). Why do you regulate what you eat? Relationships between forms of regulation, eating behaviors,

- sustained dietary behavior change, and psychological adjustment. *Motivation and Emotion*, 28(3), 245-277.
- Pelletier, L. G., Sharp, E. C., Beaudry, S., & Otis, N. (Manuscrit en préparation). *The Interpersonal Behaviours Scale (IBS): Support of autonomy, competence, and relatedness in different life domains*. Université d'Ottawa.
- Pelletier, L., Tuson, K. M., & Haddad, N. K. (1997). Client Motivation to therapy scale : A Measure of Intrinsic Motivation, Extrinsic Motivation and Amotivation. *Journal of personality assessment*, 68(2), 414-435.
- Pfander, A. (1967). *Phenomenology of willing and motivation*. Evenston, IL: Northwestern University Press. (Ouvrage original publié en 1908).
- Piper, W. E., Debbane, E. G., Bienvenu, J. P., & Garant, J. (1984). A comparative study of four forms of psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 52, 268-279.
- Poupard, G., & Martin, V. S. (2012). *Les thérapies Brèves*. Paris, France: A. Colin.
- Prioleau, L., Murdock, M., & Brody, N. (1983). An analysis of psychotherapy versus placebo studies. *Behavioral and Brain Sciences*, 6, 275-310.
- Project MATCH Research Group. (1998). Matching alcoholism treatments to client heterogeneity: Project MATCH three-year drinking outcomes. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 22, 1300-1311.
- Rachman, S. J., & Wilson, G. T. (1980). *The effects of psychological therapy* (2^e éd.). New York, NY: Pergamon.
- Rector, N. A. (2010). Cognitive-behavioural therapy: An information guide. Repéré à [http:// knowledgex.camh.net/amhspecialists/resources_families/.../cbt_guide_fr.pdf](http://knowledgex.camh.net/amhspecialists/resources_families/.../cbt_guide_fr.pdf)
- Reid, W. J. (1997). Evaluating the dodo's verdict: Do all interventions have equivalent outcomes? *Social Work Research*, 21, 5-16.
- Reeve, J. (2002). Self-determination theory applied to educationnal settings. Dans E. L. Deci, & R. M. Ryan (Éds), *Handbook of self-determination research* (pp. 183-203). Rochester, NY: University of Rochester Press.
- Reeve, J., & Jang, H. (2006). What teachers say and do to support students' autonomy during learning activity? *Journal of Educational Psychology*, 98, 209-218.

- Reis, H. T. (1994). Domains of experience: Investigating relationship processes from three perspectives. Dans R. Erber, & R. Gilmour (Éds), *Theoretical framework for personal relationship* (pp. 87-110). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Ricoeur, P. (1967). *La philosophie de la volonté : Le volontaire et l'involontaire*. Paris : Aubier Montaigne.
- Ritholz, S. K. (2011). *The relationship among client self-determination, therapeutic alliance and mental health recovery*. ProQuest: UMI Dissertation Publishing: 3489388.
- Roth, A. D., & Fonagy, P. (1996). *What works for whom? A critical review of psychotherapy research*. New York, NY: Guilford Press.
- Ryan, R. M. (1982). Control and information in the intrapersonal sphere: An extension of cognitive evaluation theory. *Journal of Personality and Social Psychology*, *43*, 450-461.
- Ryan, R. M. (1993). Agency and organisation: Intrinsic motivation, autonomy and the self in psychological development. Dans J. Jacobs (Éd.), *Nebraska symposium on motivation: Vol 40* (pp. 1-56). Lincoln, NE: University of Nebraska Press.
- Ryan, R. M. (2005). The developmental line of autonomy in the etiology, dynamics, and treatment of borderline personality disorders. *Development and Psychopathology*, *17*, 987-1006. doi : 10.1017/S0954579405050467
- Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2000). Self-Determination Theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development, and well-being. *American Psychologist*, *55*, 68-78.
- Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2001). On happiness and human potential: A review of research on hedonic and eudaimonic well-being. *Annual Reviews of Psychology*, *52*, 141-66.
- Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2006). Self-regulation and the problem of human autonomy: Does psychology need choice, self-determination, and will? *Journal of personality*, *74*, 1557-1586.
- Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2008). A Self-Determination Theory approach to psychotherapy: The motivational basis for effective change. *Canadian Psychology*, *49*(3), 186-193.
- Ryan, R. M., & Frederick, C. M. (1997). On energy, personality, and health: Subjective vitality as dynamic reflection of well-being. *Journal of Personality*, *65*, 529-565.

- Ryan, R. M., Khul, J., & Deci, E. L. (1997). Nature and autonomy: Organisational view of social and neurobiological aspects of self-regulation in behavior and development. *Development and Psychopathology, 9*, 701-728.
- Ryan, R. M., & Lynch, J. (1989). Emotional autonomy versus detachment: Revisiting the vicissitudes of adolescence and young adulthood. *Child Development, 60*, 340-356.
- Ryan, R. M., & Lynch, J., Vansteenkiste, M., & Deci, E. L. (2011). Motivation and autonomy in counseling, psychotherapy, and behavior change: A look at theory and practice. *The Counseling Psychologist, 39*(2), 193-260. doi:10.1177/001100009359313
- Ryan, R. M., Patrick, H., Deci, E. L., & William, G. C. (2008). Facilitating health behaviour change and its maintenance: Interventions based on Self-Determination Theory. *The European Health Psychologist, 10*, 2-5. Récupéré de http://sdtheory.s3.amazonaws.com/SDT/documents/2008_RyanPatrickDeciWilliams_EHP.pdf
- Ryan, R. M., Stiller, J., & Lynch, J. H. (1994). Representation of relationship to the teachers, parents, and friends as predictors of academic motivation and self-esteem. *Journal of Early Adolescence, 14*, 226-249.
- Safran, J., & Muran, C. J. (2000). *Negotiating the therapeutic alliance : A relational treatment guide*. New York, NY: Guilford Press.
- Safran, J., Muran, C. J., & Eubanks-Carter, C. (2011). Repairing alliance and ruptures. *Psychotherapy, 48*(1), 80-87.
- Saunders, S. M. (2000). Examining the relationship between the therapeutic bond and the phases of treatment outcome. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice & Training, 37*(3), 206-218.
- Savard, K. (2009). *Qualités psychométriques de la mesure d'impact (MI-45) version francophone du Outcome Questionnaire (OQ-45.2) visant à mesurer l'efficacité de la psychothérapie*. (Mémoire de maîtrise inédit). Université du Québec à Chicoutimi, QC.
- Schaufeli, W. B., Leiter, M. P., & Maslach, C. (2009). Burnout : 35 years of research and practice. *Career Development International, 14*(3), 204-220.
- Shapiro, D., & Shapiro, D. (1982). Meta-analysis of comparative therapy outcome research: A critical appraisal. *Behavioral psychotherapy, 10*, 4-25.

- Shapiro, D., & Shapiro, D. (1983). Comparative therapy outcome research: Methodological implications of meta-analysis. *Journal of consulting and clinical psychology, 51*, 42-53.
- Shedler, J. (2010). The efficacy of psychodynamic psychotherapy. *American Psychologist, 65*(2), 98-109.
- Shedler, J. (2011). Science or ideology? *American Psychologist, 66*(2). 152-154. doi:10.1037/a002654.
- Sheldon, K. M., Joiner, T. E., Pettit, J. W., & Williams, G. C. (2003). Reconciling humanistic ideals and scientific clinical practice. *Clinical Psychology: Science and Practice, 10*, 302-315.
- Sheldon, K., Ryan, R. M., Deci, E. L., & Kasser, T. (2004). The independent effects of goal contents and motives on well-being: It's both what you pursue and why you pursue it. *Personality and Social Psychology Bulletin, 30*, 473-486.
- Sherman, J. J. (1998). Effects of psychotherapeutic treatments for PTSD: A meta-analysis of controlled clinical trials. *Journal of Traumatic Stress, 11*, 413-435.
- Shoham-Salomon, V., & Rosenthal, R. (1987). Paradoxical intervention: A meta-analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 55*, 22-28.
- Sifneos, P. E. (1979). *Short-term dynamic psychotherapy: evaluation and technic*. New York, NY: Plenum Press.
- Silva, M. N., Markland, D., Minderico, C. S., Vieira, P. N., Castro, M. M., Coutinho, S. R., et al., (2008). A randomized controlled trial to evaluate self-determination theory for exercise adherence and weight control: rationale and intervention description. *BMC Public Health, 8*, 234.
- Smith, M. L., & Glass, G. V. (1977). Meta-analysis of psychotherapy outcome studies. *American Psychologist, 9*, 752-760.
- Smith, M. L., Glass, D. R., & Miller, T. I. (1980). *The benefits of psychotherapy*. Baltimore, MD: John Hopkins University Press.
- Soenens, B., & Vansteenkiste, M. (2005). Antecedents and outcomes of self-determination in 3 life domains: The role of parents' and teachers' autonomy support. *Journal of Youth and Adolescence, 34*(6), 589-604.
- Statistiques Canada (2003). *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes : santé mentale et bien-être*. Repéré à <http://www.statcan.gc.ca/pub/82-617-x/index-fra.htm>

- Stiles, W. B., Agnew-Davies, R., Hardy, G. E., Barkham, M., & Shapiro, D. A. (1998). Relations of the alliance with psychotherapy outcome: Findings in second Sheffield Psychotherapy Project. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 65*(5), 791-802.
- Stiles, W. B., Barkham, M., Connell, J., & Mellor-Clark, J. (2008). Responsive regulation of treatment duration in routine practice in United Kingdom primary care settings: Replication in larger sample. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 76*, 298-305.
- Stiles W. B. & Goldsmith, J. Z. (2010). The alliance over time. Dans J. C. Muran, & J. P. Barber (Éds), *The therapeutic alliance: An evidence-based guide to practice* (pp. 44-62), New York, NY: Guilford Press.
- Strupp, H. H. (1980). Problem of research. Dans H. Davanloo (Éd.), *Short-term dynamic psychotherapy* (Vol 1) (pp. 379-392). New York, NY: Jason Aronson.
- Taber, B. J., Leibert, T. W., & Agaskar, V. R. (2011). Relationships among client-therapist personality congruence, working alliance and therapeutic outcome. *Psychotherapy, 48*(4), 376-380. doi:10.1037/a0022066
- Taylor, S. (1996). Meta-analysis of cognitive-behavioral treatment for social phobia. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 27*, 1-9.
- Town, J. M., Abbass, A. A., & Hardy, G. (2011). Short-term psychodynamic psychotherapy for personality disorders: A critical review of randomised controlled trials. *Journal of Personality Disorders, 25*(6), 723-740.
- Vansteenkiste, M., & Ryan, M. R. (2013). On Psychological growth and vulnerability: Basis psychological need satisfaction and need frustration as a unifying principle. *Journal of Psychotherapy Integration, 23*(3), 263-280.
- Vansteenkiste, M., & Sheldon, K. M. (2003). There's nothing more practical than a good theory: Integrating motivational interviewing and self-determination theory. *British Journal of Clinical Psychology, 45*, 63-82.
- Vansteenkiste, M., Simons, J., Lens, W., Sheldon, K., & Deci, E. L. (2004). Motivating learning, performance, persistence: The synergistic effects of intrinsic goal contents and autonomy-supportive contexts. *Journal of social psychology, 87*, 246-260.
- Vermeersch, D. A., Lambert, M. J., & Burlingame, G. M. (2000). Outcome Questionnaire: Item sensitive to change. *Journal of Personality Assessment, 74*(2), 242-261.

- Vonk, M. E., Thyer, B. A. (1999). Evaluating the effectiveness of short-term treatment at university counseling center. *Journal of Clinical Psychology, 55*(9), 1095-1106.
- Waddington, L. (2002). The therapy relationship in cognitive therapy: A review. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy, 30*, 179-191.
- Wampold, B. E. (2001). *The great psychotherapy debate: Models, methods and findings*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associate.
- Wampold, B. E., & Brown, G. S. (2005). Estimating therapist variability: a naturalistic study outcomes in managed care. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 73*, 914-923.
- White, R. W. (1959). Motivation reconsidered: The concept of competence. *Psychological Review, 66*, 297-333.
- William, G. C. (2002). Improving patients' health through supporting the autonomy of patients and providers. Dans E. L. Deci, & R. M. Ryan (Éds), *Handbook of self-determination research* (pp. 233-254). Rochester, NY: University of Rochester Press.
- William, G. C., McGregor, H. A., King, D., Nelson, C. C., & Glasgow, R. E. (2005). Variation in perceived competence, glycemic control, and patient satisfaction: relationship to autonomy support from physicians. *Patient Education and Counseling, 57*, 39-45.
- William, G. C., Ryan, R. M., Rodin, G. C., Grolnick, W. S., & Deci, E. L. (1998). Autonomus regulation and long-term medication adherence in adult outpatients. *Health Psychology, 17*, 269-276.
- Wilson, P. H., Blanchard, C. M., Nehl, E., & Baker, F. (2006). Predicting physical activity and outcome expectation in cancer survivors: An application of self-determination theory. *Psycho-Oncology, 15*, 567-578.
- Wilson, P. H., Mack, D. E., Blanchard, C. M., & Gray, C. E. (2009). The role of perceived psychological need satisfaction in exercice-related affect. *Hellenic Journal of Psychology, 6*, 183-206.
- Wilson, G. T., & Rachman, S. J. (1983). Meta-analysis and the evaluation of psychotherapy outcome: Limitations and liabilities. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 51*, 54-64.
- Zetzel, E. (1956). Current concepts of transference. *The international Journal of Psycho-analysis, 37*, 369-375.

- Zuroff, D. C., Koestner, R., Moskowitz, D. S., McBride, C., Marshall, M., & Bagby, R. M. (2007). Autonomus motivation for therapy : A new common factor in brief treatment for depression. *Psychotherapy Research, 17*(2), 137-148.
- Zuroff, D. C., Koestner, R., Moskowitz, D. S., McBride, C., & Bagby (2012). Therapist's autonomy support and patient's self-criticism predict motivation during treatments for depression. *Journal of Social and Clinical Psychology, 31*(9), 903-932.

Appendice A

Questionnaires temps 1, 2, 3

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. Quelle est la date de votre première entrevue de thérapie : _____ / _____ / _____
 Jour Mois Année

9. 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

10. Identifier **le ou les principaux** motif(s) qui vous amène(ent) à consulter?

- (1) Anxiété/stress (2) Dépendance (l'alcool, drogues, jeux, etc.)
 (3) Dépression (4) Deuil
 (5) Estime de soi/confiance en soi (6) Idées suicidaires
 (7) Épuisement professionnel (8) Problèmes familiaux
 (9) Harcèlement au travail (10) Difficultés relationnelles
 (11) Violence (12) Difficultés liées à un événement stressant
 (13) Maladies/alimentation (14) Difficultés conjugales ou séparation/divorce
 (15) Phobie (16) Difficultés liées au contexte de vie (retraite, perte d'emploi, etc.)
 (17) Problèmes liés à la sexualité
 (18) Connaissance personnelle/croissance (19) Autre _____

11. 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.

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

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

13. Qui vous a référé en thérapie?

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

MI30

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

	Jamais	Rarement	Parfois	Fréquemment	Presque toujours
1. J'ai de la difficulté à dormir ou à rester endormi(e).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Rien ne m'intéresse.					
3. Je me sens stressé(e) au travail <i>ou</i> à l'école					
4. J'ai tendance à me blâmer.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Je suis satisfait(e) avec ma vie.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Je me sens irritable.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. J'ai des pensées suicidaires.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Je me sens faible.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Je trouve mon travail <i>ou</i> l'école satisfaisant(e).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Je me sens craintif(ve).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Le matin, je consomme de l'alcool ou de la drogue pour commencer ma journée.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Je me sens inutile.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Je suis préoccupé(e) par des problèmes familiaux.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Je me sens seul(e).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Je me dispute souvent.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. J'ai de la difficulté à me concentrer.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. J'ai perdu espoir en l'avenir.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Je suis une personne heureuse.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Des pensées troublantes, dont je ne peux pas me débarrasser, me viennent à l'esprit.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Jamais	Rarement	Parfois	Fréquemment	Presque toujours
	s	nt		m-ment	toujours
20. Les personnes critiquent ma consommation d'alcool ou de drogues (<i>indiquez « jamais » si cet énoncé ne s'applique pas</i>).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. J'ai des troubles de digestion.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Je ne travaille <i>ou</i> je n'étudie pas aussi bien qu'avant.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. J'ai de la difficulté à bien m'entendre avec des ami(e)s et des connaissances proches.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. J'ai de la difficulté au travail <i>ou</i> à l'école à cause de ma consommation d'alcool ou de drogues (<i>indiquez « jamais » si cet énoncé ne s'applique pas</i>).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

25. J'ai le sentiment que quelque chose de mauvais va se produire.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. Je me sens nerveux(se).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. Je sens que je ne réussis pas bien au travail <i>ou</i> à l'école.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. Je sens que quelque chose ne tourne pas rond dans ma tête.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29. Je me sens déprimé(e) (triste).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30. Je sens que quelque chose ne tourne pas rond dans ma tête.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31. Je suis satisfait(e) de mes relations avec les autres.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

INFORMATIONS GÉNÉRALES (T2)

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

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

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

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

CALPAS

Voici une liste de questions qui décrivent les attitudes que les participants pourraient avoir à l'égard de leur thérapie ou de leur thérapeute. Réfléchissez aux séances auxquelles vous avez participé et indiquez, en fonction de votre attitude, le degré de pertinence de chacune des questions présentées. Veuillez encrer 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	Quelq ue peu	Passa- bleme nt	Plutôt	Assez	Beauco up
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
	Pas du tout	Un peu	Quelq ue peu	Passa- bleme nt	Plutôt	Assez	Beauco up
3. Lorsque votre thérapeute a émis un commentaire sur une situation, y a-t-il eu dans votre esprit, référence à d'autres situations semblables dans votre vie?	1	2	3	4	5	6	7
4. Aviez-vous l'impression que, même si vous aviez des moments de doute, de confusion ou de méfiance, l'ensemble de la thérapie était valable?	1	2	3	4	5	6	7
5. Est-ce que les commentaires de votre thérapeute vous ont amené à croire qu'il(elle) plaçait ses besoins avant les vôtres?	1	2	3	4	5	6	7

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

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

INFORMATIONS GÉNÉRALES (T3)

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

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

1. Combien avez-vous eu de séances avec votre thérapeute actuel, s.v.p. l'indiquer : _____ séances.
2. À quelle fréquence avez-vous rencontré votre thérapeute actuel? (par exemple, une fois par semaine, une fois aux deux semaines)? _____
3. Estimez le pourcentage de séances de thérapie où vous avez été présent(e) : _____ %.
4. Avez-vous rencontré des difficultés particulières à voir votre thérapeute? (par exemple, lieu de rencontre, horaire, etc.)?
 - (1) Oui
 - (2) Non
5. 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.

MI30

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

	Jamais	Rarement	Parfois	Fréquemment	Presque toujours
1. J'ai de la difficulté à m'endormir ou à rester endormi(e).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Rien ne m'intéresse.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Je me sens stressé(e) au travail ou à l'école.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Jamais Rarement Parfois Fréquemment Presque toujours

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

Appendice B

Certificat d'éthique de la recherche

UQAC

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À CHICOUTIMI
555, boulevard de l'Université
Chicoutimi (Québec) CANADA G7H 2B1

Vice-rectorat aux affaires étudiantes
et secrétariat général

Comité d'éthique de la recherche

Le 11 novembre 2009

Monsieur Gilles Lalande et madame Claudie Émond
Professeurs au Département des sciences
de l'éducation et de psychologie
Université du Québec à Chicoutimi

**OBJET : Approbation – Prolongation d'une approbation éthique
Évaluation de l'efficacité thérapeutique et de ses déterminants auprès
d'une clientèle adulte en clinique externe au Saguenay Lac-St-Jean.
N/Dossier : 602.83.02**

Madame Monsieur,

Lors de sa réunion tenue le **30 octobre 2009** le Comité d'éthique de la recherche a étudié votre demande de prolongation d'approbation éthique concernant le projet de recherche cité en rubrique.

Il a alors été décidé à l'unanimité de prolonger votre approbation éthique puisque votre projet rencontre les exigences applicables en matière d'éthique et, par conséquent, de vous délivrer le présente prolongation, laquelle est valide jusqu'au **1^{er} septembre 2013**.

Nous vous rappelons qu'il est de la responsabilité du chercheur de toujours détenir une approbation éthique **valide**, et ce, tout au long de la recherche. De plus, toute modification au protocole d'expérience et/ou aux formulaires joints à ce protocole d'expérience doit être approuvée par le Comité d'éthique de la recherche.

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


Jean-Pierre Béland

/mjd

APPROBATION ÉTHIQUE


Dans le cadre de l'Énoncé de politique des trois conseils : éthique de la recherche avec des êtres humains et conformément au mandat qui lui a été confié par la résolution CAD-7163 du Conseil d'administration de l'Université du Québec à Chicoutimi, approuvant la *Politique d'éthique de la recherche avec des êtres humains* de l'UQAC, le Comité d'éthique de la recherche avec des êtres humains de l'Université du Québec à Chicoutimi, à l'unanimité, délivre la présente approbation éthique puisque le projet de recherche mentionné ci-dessous rencontre les exigences en matière éthique et remplit les conditions d'approbation dudit Comité.

La présente est délivrée pour la période du 12 août 2008 au 1 septembre 2013

Pour le projet de recherche intitulé : *Évaluation de l'efficacité thérapeutique et de ses déterminants auprès d'une clientèle adulte en clinique externe au Saguenay Lac-Saint-Jean.*

Chercheurs responsables du projet de recherche : *Gilles Lalonde*

Fait à Ville de Saguenay, le 12 août 2008


Jean-Pierre Béland
Président du Comité d'éthique
de la recherche avec des êtres humains

Appendice C

Formulaire de consentement éclairé du thérapeute

CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ DU THÉRAPEUTE

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

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

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

Signature du thérapeute

Signature du chercheur

Date

Appendice D

Directives thérapeutes et clients

DIRECTIVES AUX CLIENTS

(À lire par le thérapeute avant de distribuer le questionnaire)

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

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

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

DIRECTIVES À LIRE AVANT DE COMPLÉTER LE QUESTIONNAIRE (T1)

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

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

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

Gilles Lalande, Ph.D.

Claudie Émond, Ph.D.

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

DIRECTIVES À LIRE AVANT DE COMPLÉTER LE QUESTIONNAIRE (T2)

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

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

Gilles Lalande, Ph.D.

Claudie Émond, Ph.D.

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

DIRECTIVES À LIRE AVANT DE COMPLÉTER LE QUESTIONNAIRE (T3)

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

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

Gilles Lalande, Ph.D.

Claudie Émond, Ph.D.

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

Appendice E

Formulaire de consentement des participants

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT À LA RECHERCHE

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

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

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

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

INFORMATIONS

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

INTRODUCTION

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

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

DÉROULEMENT DE L'ÉTUDE

Nature et durée d'implication

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

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

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

Destruction des données

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

RISQUES ET EFFETS INDÉSIRABLES

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

AVANTAGES POSSIBLES

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

PARTICIPATION VOLONTAIRE ET RETRAIT DE L'ÉTUDE

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

COMPENSATIONS ET INDEMNISATION

Vous ne serez pas rémunéré pour participer à cette étude.

CONFIDENTIALITÉ

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

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

PERSONNES RESSOURCES

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

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

CONSENTEMENT DU PARTICIPANT / DE LA PARTICIPANTE

Je, soussigné(e), déclare que :

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

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

Je comprends que :

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

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

Nom du participant(e)

Signature du participant(e)

Date

Nom du chercheur

Signature du chercheur

Date

--	--	--	--	--