

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC

MÉMOIRE
PRÉSENTÉ À
L'UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À CHICOUTIMI
COMME EXIGENCE PARTIELLE
DE LA MAÎTRISE EN PSYCHOLOGIE
OFFERTE À
L'UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À CHICOUTIMI
EN VERTU D'UN PROTOCOLE D'ENTENTE
AVEC L'UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES

PAR
NANCY BOISVERT

VALIDATION DE L'ÉCHELLE DE MOTIVATION DU CLIENT FACE À LA
THÉRAPIE (EMCT), VERSION FRANÇAISE DU CLIENT MOTIVATION FOR
THERAPY SCALE (CMOTS)

SEPTEMBRE 2006



Mise en garde/Advice

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

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

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

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

Sommaire

Depuis les vingt dernières années, la motivation est un concept qui a reçu énormément d'attention en psychologie (Dance & Neufeld, 1988; Lambert et al., 1992, 1994). Plusieurs auteurs se sont intéressés à l'impact la motivation dans différents domaines tels que l'éducation (Vallerand & Bissonnette, 1992), les loisirs (Pelletier, Vallerand, Green-Demers, Brière & Blais, 1995) et les relations interpersonnelles (Blais, Sabourin, Boucher, & Vallerand, 1990). Cependant, les recherches portant sur l'impact de cette variable sur l'efficacité thérapeutique ont été sérieusement critiquées quant à certaines faiblesses au niveau des fondements théoriques et à l'absence d'outils de mesure adéquats (Pelletier, Tuson, & Haddad, 1997). Récemment, le modèle théorique de Deci et Ryan (1985) a été utilisé par Pelletier et ses collègues (Pelletier et al., 1997) pour développer un questionnaire portant sur la motivation du client face à la thérapie : le « Client Motivation for Therapy Scale » (CMOTS). Il s'agit du seul instrument de mesure disponible, fidèle et valide, permettant de mesurer la motivation du client face à la thérapie. Toutefois, cet outil est adapté pour une population anglophone seulement. Le but de la présente étude est de traduire et de vérifier les qualités psychométriques de la version française du CMOTS. Le CMOTS a été traduit en français sous l'appellation de l'Échelle de Motivation du client face à la thérapie (EMCT). L'EMCT repose sur la théorie de l'autodétermination proposée par Deci et Ryan (1985) et mesure l'orientation motivationnelle du client face à la thérapie. Ces auteurs proposent l'existence de différents types de motivation qui évoluent sur un continuum d'autodétermination. L'EMCT comprend 24 items, six items par sous-échelles, qui correspondent aux

différents types de motivation identifiés par Deci et Ryan : la motivation intrinsèque, quatre formes de motivation extrinsèque (par régulation intégrée, identifiée, introjectée et externe) ainsi que l'amotivation. Au total, 126 participants adultes (95 femmes et 31 hommes) impliqués dans un processus thérapeutique, ont répondu au questionnaire incluant la version expérimentale de l'EMCT ainsi qu'à différentes échelles mesurant des antécédents et des conséquences de la motivation face à la thérapie. Dans l'ensemble, les résultats révèlent que l'EMCT possède une cohérence interne satisfaisante et des qualités psychométriques comparables à celles obtenues pour la version originale anglaise. Les résultats de l'analyse factorielle exploratoire appuient le modèle à six facteurs proposé par Pelletier et al. (1997). De plus, l'évaluation de la validité de construit de l'EMCT a été réalisée de trois façons. Dans un premier temps, des analyses de corrélations de Pearson entre les six sous-échelles ont été réalisées et les résultats révèlent la présence d'un patron d'intercorrélation de type simplex ce qui appuie la validité d'un continuum d'autodétermination. Ensuite, les sous-échelles de l'EMCT ont été mises en liens avec différents construits représentant des antécédents et des conséquences de la motivation pertinents pour le domaine de la psychothérapie, de même qu'avec divers construits psychologiques. Les différences de genre sur les moyennes obtenues aux sous-échelles de l'EMCT ont également été vérifiées. De plus, afin de permettre une meilleure comparaison des versions anglaise et française, des analyses exploratoires ont été effectuées en reprenant la répartition originale des items dans les six sous-échelles telle que proposée par Pelletier et ses collègues (1997). Les résultats obtenus justifient la pertinence d'utiliser la structure originale du CMOTS pour

corriger le test et l'utiliser en recherche ou en clinique. De plus, les résultats obtenus ont été discutés afin d'identifier des pistes pour de futures recherches et de mettre en lumière les implications cliniques et l'importance de la motivation humaine en psychologie.

Table des matières

<i>Sommaire</i>	ii
<i>Table des matières</i>	v
<i>Liste des tableaux</i>	viii
<i>Liste des figures</i>	x
<i>Remerciements</i>	xi
Introduction.....	1
Contexte théorique.....	10
Définitions conceptuelles de la motivation intrinsèque, de la motivation extrinsèque et de l'amotivation	11
Définition générale de la motivation	11
La théorie de l'autodétermination	12
Continuum d'autodétermination.....	19
Théorie de l'évaluation cognitive.....	22
Antécédents de la motivation	26
Conséquences de la motivation	30
Application de la théorie de l'autodétermination au contexte thérapeutique.....	32
Le Client Motivation for Therapy Scale (CMOTS)	33
Méthode	40
Participants.....	41
Caractéristiques sociodémographiques de l'échantillon	42
Instruments de mesure.....	48
Traduction du Client Motivation for Therapy Scale (CMOTS).....	49
Questionnaire sociodémographique	50
Comment vous sentez-vous pendant la thérapie	50
Attentes face à la thérapie	51
L'Échelle des comportements interpersonnels – perception du thérapeute (ECI)	52
Intention de poursuivre la thérapie.....	53

Satisfaction	53
Perception de contrôle	54
L'Échelle d'estime de soi de Rosenberg (EES)	54
L'Échelle de satisfaction de vie (ESAV)	55
L'Inventaire de dépression de Beck (BDI).....	55
Déroulement	56
Devis de recherche	58
Résultats	60
Structure factorielle	61
Indices d'adéquation de la solution globale	61
Structure factorielle de l'EMCT auprès d'une population clinique	62
Cohérence interne.....	67
Évaluation de la validité de construit	68
Corrélations entre les six sous-échelles de l'EMCT	69
Corrélations entre les sous-échelles de l'EMCT et les antécédents de la motivation	70
Corrélations entre les sous-échelles de l'EMCT et les conséquences de la motivation.....	72
Corrélations entre les sous-échelles de l'EMCT et les construits psychologiques	73
Effet du genre sur les moyennes obtenues aux sous-échelles de l'EMCT	74
Reprise des analyses à partir de la structure originale du CMOTS.....	75
Cohérence interne.....	76
Corrélations entre les six sous-échelles originales de l'EMCT.....	76
Corrélations entre les sous-échelles de l'EMCT et les antécédents de la motivation	77
Corrélations entre les sous-échelles de l'EMCT et les conséquences de la motivation.....	78
Corrélations entre les sous-échelles de l'EMCT et les construits psychologiques	79
Effet du genre sur les moyennes obtenues aux sous-échelles de l'EMCT	80
Analyses exploratoires	81
Résultats selon la structure factorielle du présent échantillon	82
Résultats selon la structure originale de Pelletier et al. (1997)	87

Discussion	92
Rappel des objectifs de recherche	93
Structure factorielle et validité de construit de l'EMCT	94
Structure factorielle de l'EMCT auprès d'une population clinique	95
Cohérence interne.....	100
Évaluation de la validité de construit	101
Corrélations entre les six sous-échelles de l'EMCT	101
Corrélations entre les sous-échelles de l'EMCT et les antécédents de la motivation	102
Corrélations entre les sous-échelles de l'EMCT et les conséquences de la motivation.....	104
Corrélations entre les sous-échelles de l'EMCT et les construits psychologiques	106
Effet du genre sur les moyennes obtenues aux sous-échelles de l'EMCT.....	107
Reprise des analyses à partir de la structure originale du CMOTS.....	108
Analyses exploratoires	108
Implications théoriques et pratiques de la recherche	109
Conclusion	113
Références	117
Appendice A : Questionnaire version longue	128
Appendice B : Questionnaire version courte	151
Appendice C : Information générale.....	158
Appendice D : Directives aux clients.....	162
Appendice E : Consentement éclairé du thérapeute.....	164

Liste des tableaux

Tableau

1	Caractéristiques sociodémographiques des participants.....	43
2	Caractéristiques reliées au processus de thérapie des participants	45
3	Caractéristiques reliées aux motifs de consultations des participants	48
4	Analyse factorielle exploratoire de l'EMCT auprès d'une population clinique adulte	63
5	Coefficients alpha (diagonale) et corrélations de Pearson (triangle inférieur) entre les sous-échelles de l'EMCT.....	68
6	Corrélations de Pearson entre les sous-échelles de l'EMCT et les antécédents de la motivation.....	71
7	Corrélations de Pearson entre les sous-échelles de l'EMCT et les conséquences de la motivation	72
8	Corrélations de Pearson entre les sous-échelles de l'EMCT et les construits psychologiques.....	73
9	Moyenne et écart-type de chaque sous-échelle de l'EMCT en fonction du sexe et pour l'ensemble des répondants.....	75
10	Coefficients alpha (diagonale) et corrélations de Pearson (triangle inférieur) pour les sous-échelles originales de l'EMCT.....	77
11	Corrélations de Pearson entre les sous-échelles originales de l'EMCT et les antécédents de la motivation	78
12	Corrélations de Pearson entre les sous-échelles originales de l'EMCT et les conséquences de la motivation	79
13	Corrélations de Pearson entre les sous-échelles originales de l'EMCT et les construits psychologiques.....	80
14	Moyenne et écart-type de chaque sous-échelle originale de l'EMCT en fonction du sexe et pour l'ensemble des répondants.....	81
15	Corrélations de Pearson entre les scores totaux de l'EMCT et les antécédents de la motivation.....	83

Tableau

16	Corrélations de Pearson entre les scores totaux de l'EMCT et les conséquences de la motivation	85
17	Corrélations de Pearson entre les scores totaux de l'EMCT et les construits psychologiques.....	86
18	Moyennes et écart-types des scores totaux de l'EMCT en fonction du sexe et pour l'ensemble des répondants.....	87
19	Corrélations de Pearson entre les scores totaux issus de la structure originale de l'EMCT et les antécédents de la motivation	88
20	Corrélations de Pearson entre les scores totaux issus de la structure originale de l'EMCT et les conséquences de la motivation.....	89
21	Corrélations de Pearson entre les scores totaux issus de la structure originale de l'EMCT et les construits psychologiques	90
22	Moyennes et écarts-types des scores totaux issus de la structure originale de l'EMCT en fonction du sexe et pour l'ensemble des répondants.....	91

Liste des figures

Figure

1	Continuum d'autodétermination.....	21
---	------------------------------------	----

Remerciements

Je tiens à remercier spécialement Gilles Lalande, professeur en psychologie et directeur de mes travaux, pour ses conseils judicieux et sa disponibilité constante au cours des dernières années. Des remerciements sont également adressés à Claudie Émond et Luc G. Pelletier pour leur participation à ce projet, ainsi qu'à mes collègues de recherche pour l'aide qu'elles m'ont apportée tout au long de ce parcours. Je remercie également Audrey Brassard pour son implication à la réalisation des analyses statistiques ainsi que Annie Laprise pour son merveilleux travail et sa patience pour la mise en page de ce mémoire. Aussi, je tiens à remercier tous les psychologues et les clients qui ont eu la générosité de prendre de leur précieux temps pour participer à cette étude. Je tiens également à remercier mes deux amies et complices de toujours, Karine Savard et Suzanne Simard, qui m'ont soutenue et encouragée à toutes les étapes de ce long cheminement. Enfin, je dédie ce mémoire à mon mari, Pierre Bélisle et à mes trois rayons de soleil, Olivier, Vincent et Emma pour leur compréhension et surtout pour tout l'amour qu'ils m'ont témoigné tout au long de cette démarche.

Introduction

En Occident, la prévalence des problèmes de santé mentale se maintient à des taux élevés (Poirier & Lafrenière, 2003). Selon l'Organisation Mondiale de la Santé, cinq des dix principales causes d'incapacité dans le monde sont liées à des troubles mentaux. La recherche établit clairement que la psychothérapie est efficace pour résoudre de nombreux problèmes psychologiques ou d'adaptation (Smith, Glass, & Miller, 1980; Andrews & Harvey, 1981; Landman & Dawes, 1982; Shapiro & Shapiro, 1982; Lambert, Shapiro, & Bergin, 1994; Miller, Duncan, & Hubble, 1997; Wampold, 2001). Cette conclusion s'appuie sur de multiples recensions des écrits et de nombreuses méta-analyses couvrant 60 ans de travaux sur des milliers de personnes présentant un vaste éventail de problèmes traités par une variété d'approches. Smith et Glass (1977) ont effectué la première méta-analyse d'importance et leur recherche fut fréquemment reproduite par la suite, avec diverses améliorations conceptuelles et méthodologiques (Poirier & Rochon-Goyer, 1990). Ces auteurs ont trouvé que 88 % des 375 recherches recensées alors (avec plus de 25 000 sujets en tout) démontraient que la psychothérapie était efficace. Dans une méta-analyse complémentaire, Smith et ses collaborateurs (1980), ont trouvé que 80 % des patients en psychothérapie se portaient mieux que les patients du groupe témoin (sans traitement psychologique).

Il y a quelques années, les chercheurs ont tenté de vérifier l'efficacité différentielle des approches afin d'établir quelles thérapies étaient plus efficaces que les autres. Les résultats de nombreuses méta-analyses suggèrent en effet que, pour la majorité des troubles traités, les principaux modes de traitement psychologique produisent des effets similaires (Miller et al., 1997; Asay & Lambert, 1999; Wampold, 2001). Ce constat a incité bon nombre de chercheurs à tenter de comprendre quels ingrédients pouvaient être responsables de cette équivalence entre les approches. Quelques hypothèses ont été avancées pour expliquer cette équivalence. Toutefois, l'une d'elles a davantage retenu l'attention des chercheurs : les approches possèdent des facteurs communs qui sont curatifs même s'ils ne sont pas essentiels à la théorie de changement prônée par les diverses écoles de psychothérapie (Asay et al., 1999; Lambert et al., 1994; Tallman & Bohart, 1999). De plus, une recension des écrits récente et exhaustive faite par Wampold (2001) a écarté toutes les autres hypothèses et a estimé que 92 % de la variance totale est due aux facteurs communs. Plusieurs modèles ont depuis été suggérés pour rendre compte des « ingrédients actifs » de la thérapie, c'est-à-dire des facteurs responsables des effets qu'elle produit.

Selon Lambert (1992), les facteurs communs se répartissent en quatre groupes : le client (changement extra-thérapeutique), la relation thérapeutique, l'espoir (effet placebo) et la méthode d'intervention. Lambert soutient que 40 % des effets d'une thérapie seraient expliqués par des changements extra-thérapeutiques chez le client, lesquels font notamment référence aux caractéristiques du client ainsi qu'à son réseau

social et à certains événements de vie extérieurs au traitement qui peuvent l'aider à surmonter ses difficultés. Quinze pour cent de l'effet serait dû aux attentes du client et à l'effet placebo. Enfin, 30 % de la variance serait liée aux facteurs communs à tous les modes de traitement (par exemple : l'alliance thérapeutique, l'empathie et l'acceptation du thérapeute), alors que les techniques à proprement parler n'expliqueraient que 15 % de la variance. Ce modèle a été en grande partie confirmé par Wampold (2001) qui suggère que 8 % de la variance dans l'amélioration constatée chez un client est due aux techniques thérapeutiques, comparativement à 70 % pour l'effet général du traitement lié aux facteurs communs. De plus, 22 % de la variance serait encore inexpliquée, bien que fort probablement liée aux caractéristiques du client (Wampold, 2001). Parmi ces caractéristiques, la motivation apparaît comme un élément des plus pertinents quant à l'émergence, au maintien et à l'intégration des changements. Depuis les vingt dernières années, la motivation est un des concepts les plus étudiés en psychologie (Dance & Neufeld, 1988; Lambert et al., 1992, 1994). Les théories et la recherche en motivation humaine et particulièrement celles sur la motivation intrinsèque (MI), ont évolué depuis, apportant des perspectives plus larges et plus nuancées.

Une des théories les plus articulées de la motivation est la théorie de l'autodétermination proposée par Deci et Ryan (1985). La théorie de l'autodétermination propose que les comportements humains sont régis par trois types de motivation : la motivation intrinsèque (MI), la motivation extrinsèque (ME) et l'amotivation (AM). Ces différents types de motivation peuvent être disposés sur un continuum en fonction de

leur degré d'autodétermination (Deci & Ryan, 2002). La motivation intrinsèque, parce qu'elle sous-tend les comportements initiés librement et par plaisir, représente le plus haut niveau d'autodétermination. L'amotivation représente la forme de motivation la moins autodéterminée puisqu'elle correspond à l'absence de contrôle. Les différents types de motivation extrinsèque se situeraient entre ces deux pôles opposés. Plusieurs études récentes supportent la validité d'un continuum d'autodétermination (Blais, Sabourin, Boucher, & Vallerand, 1990; Ryan & Connell, 1989; Vallerand, Pelletier, Blais, Brière, Sénécal, & Vallières, 1992, 1993).

La théorie de l'autodétermination intègre trois sous-théories : la théorie de l'évaluation cognitive, la théorie de l'orientation à la causalité et enfin la théorie de l'intégration organismique qui servent à établir les différentes hypothèses concernant la nature, les antécédents et les conséquences de la motivation (Deci & Ryan, 1991, 2002). La théorie de l'autodétermination repose sur la prémisse selon laquelle l'être humain a un besoin fondamental de vivre des expériences d'autodétermination, de compétence et d'attachement interpersonnel. Plus ces expériences sont fréquentes ou généralisées à des domaines de vie significatifs pour l'individu, plus elles devraient influencer la qualité de vie et la santé de ces derniers. Ces expériences contribuent au développement des différentes formes de motivation qui correspondent à des niveaux distincts d'autodétermination et d'intégration au self, lesquels, en retour, produisent des réactions cognitives, affectives et comportementales distinctes. Ces expériences vécues sont une fonction de l'interaction dynamique entre des caractéristiques de la personne et celles de

son environnement. Ainsi, l'organisme humain est conçu comme étant soumis à une dialectique constante entre le désir de satisfaire ses besoins fondamentaux, de mieux composer avec son environnement et d'intégrer ses expériences au self (Deci & Ryan, 2002). À cet égard, la théorie de l'autodétermination s'avère la plus complète afin d'étudier la motivation des clients face au processus thérapeutique. De plus, cette théorie a reçu un support empirique abondant dans plusieurs domaines de vie tels que l'éducation (Vallerand & Bissonnette, 1992), les loisirs (Pelletier, Vallerand, Green-Demers, Brière, & Blais, 1995) et les relations interpersonnelles (Blais et al., 1990).

Une analyse des instruments utilisés afin de mesurer ces motivations (Vallerand, Deci, & Ryan, 1987) révèle, d'une part, que la plupart des recherches qui explorent la motivation intrinsèque utilisent la mesure de choix libre comme mesure de cette motivation. Cette mesure consiste à observer le comportement de l'individu lors d'une période où ce dernier a la liberté de choisir entre l'activité à l'étude ou d'autres activités intéressantes. Par ailleurs, ce genre de mesure s'applique davantage aux recherches en laboratoire qu'aux recherches sur le terrain puisqu'il est difficile de recréer sur le terrain une période de choix libre (Fisher, 1978). Ce type de mesure est très critiqué sur le plan de la validité. D'autre part, certaines études utilisent des instruments de mesure par questionnaire afin de mesurer la motivation intrinsèque et la motivation extrinsèque (Connell & Ryan, 1986; Gottfried, 1985; Harter, 1981; Mayo, 1976; McAuley, Duncan, & Tammen, 1989; Ryan, 1982; Weiss, Bredemeier, & Shewchuk, 1985). Toutefois,

comme le soulignent certains auteurs (Vallerand & Blais, 1985; Pelletier, Tuson, & Haddad, 1997), plusieurs de ces instruments présentent des problèmes conceptuels importants.

Cependant, certains instruments de mesure reposant sur la théorie de l'autodétermination (Deci & Ryan, 1985, 1987, 1991, 2002) ont été développés et validés afin de mesurer la motivation intrinsèque, la motivation extrinsèque et l'amotivation et ce, dans différents domaines tels que l'éducation (Vallerand, Blais, Brière, & Pelletier, 1989; Vallerand et al., 1992), les relations de couples (Blais et al., 1990), les loisirs (Pelletier et al., 1995) ainsi que la motivation des personnes âgées dans six domaines de vie distincts (Vallerand & O'Connor, 1989, 1991). Les résultats obtenus avec ces différents instruments démontrent qu'il est possible de mesurer avec validité ces différents types de motivation et que ceux-ci sont tous reliés à des antécédents et des conséquences pertinents au domaine étudié. De nombreuses recherches portant sur l'impact de la motivation sur l'efficacité thérapeutique ont été sérieusement critiquées quant à certaines faiblesses au niveau des fondements théoriques et à l'absence d'instruments de mesure adéquats (Pelletier et al., 1997).

Plus récemment, le modèle théorique de l'autodétermination a été utilisé par Pelletier et ses collègues (Pelletier et al., 1997) pour développer un questionnaire évaluant la motivation du client face à la thérapie : le « *Client Motivation for Therapy Scale* » (CMOTS). Cet instrument démontre de bonnes caractéristiques psychométriques

dans sa version originale anglaise. Ainsi, il est pertinent de penser qu'il est possible d'évaluer la motivation à partir d'un instrument de mesure reposant sur la théorie de l'autodétermination (Deci & Ryan, 1985, 1987, 1991, 2002).

Bien que plusieurs auteurs s'entendent pour affirmer que la motivation est un élément déterminant de l'efficacité thérapeutique (Lambert et al., 1994; Mash & Hunsley, 1993; Wampold, 2001), il n'existe à notre connaissance aucun instrument de mesure de la motivation face à la thérapie adapté à une population canadienne-française. Le but de la présente recherche était donc de traduire et de vérifier les qualités psychométriques de la version française du CMOTS auprès d'une population clinique adulte francophone du Saguenay Lac St-Jean. L'étude consistait d'abord à traduire en français la version originale anglaise de l'instrument et à faire approuver cette traduction par l'auteur. Ensuite, une évaluation de la validité factorielle et de la validité de construit de l'instrument traduit fut réalisée.

Ce mémoire comprend quatre chapitres. Le premier chapitre est consacré aux définitions conceptuelles de la motivation intrinsèque, de la motivation extrinsèque et de l'amotivation ainsi qu'à la présentation des théories permettant d'identifier les antécédents et les conséquences de la motivation. Le second chapitre aborde les différents aspects méthodologiques de cette étude. Le troisième chapitre présente les résultats obtenus. Le quatrième chapitre comprend une discussion générale qui soulève les implications méthodologiques, théoriques et appliquées de cette recherche ainsi que

les limites et des suggestions pour de futures recherches. Enfin, la dernière partie de ce mémoire sera consacrée à la conclusion.

Contexte théorique

Ce chapitre se subdivise en trois sections. La première section présente une définition générale de la motivation. Par la suite, la théorie de l'autodétermination sera présentée ainsi que les définitions conceptuelles de la motivation intrinsèque, de la motivation extrinsèque et de l'amotivation. L'application de ces différents concepts de motivation au domaine de la psychothérapie est également illustrée. La section suivante présente la théorie de l'évaluation cognitive (Deci & Ryan, 1980, 1985) ainsi que les recherches effectuées sur les antécédents et les conséquences des motivations intrinsèque, extrinsèque et de l'amotivation. La troisième et dernière section est consacrée à l'analyse des différentes mesures, déjà existantes, qui mesurent la motivation intrinsèque, la motivation extrinsèque et l'amotivation dans différents domaines incluant une présentation de l'élaboration du CMOTS. Enfin, cette section se termine par la présentation des buts de l'étude réalisée dans le cadre de ce mémoire.

Définitions conceptuelles de la motivation intrinsèque, de la motivation extrinsèque et de l'amotivation

Définition générale de la motivation

Le Multi Dictionnaire de la langue française définit la motivation comme étant « Une force qui pousse à agir » (De Villiers, 1997, p. 950). Une définition plus complète

de la motivation se retrouve dans le Dictionnaire de la psychologie où cette dernière est définie comme étant :

« Terme générique dérivé du latin *motivus* (déclenchant un mouvement) et désignant des processus qui confèrent au comportement une intensité, une direction déterminée et une force de déroulement, et qui émergent comme phases saillantes de l'activité individuelle. Au sens large, le construit de motivation sert à expliquer pourquoi et comment le comportement, dans des situations spécifiques, s'oriente vers certains buts et est guidé en direction de leur réalisation. (Fröhlich, 1997, p. 262)

La théorie de l'autodétermination

La théorie de l'autodétermination (Deci et al., 1985) propose l'existence de différents types de motivation qui se distinguent par le degré d'autodétermination qui sous-tend le comportement. Ces types de motivation peuvent être divisés en trois grandes classes : la motivation intrinsèque (MI), la motivation extrinsèque (ME) et l'amotivation (AM).

Motivation intrinsèque. Depuis les vingt dernières années, la motivation intrinsèque soulève un intérêt considérable en psychologie et occupe une place de plus en plus importante dans le secteur de la motivation humaine (Deci, 1972; Deci, Eghrari, Patrick, & Leone, 1994; Deci, Nezlek, & Sheinman, 1981; Vallerand, Gauvin, & Halliwell, 1986a, 1986b; Lambert et al., 1994). De façon générale, la motivation intrinsèque (MI) est définie comme la tendance à s'engager dans une activité pour le plaisir et la satisfaction qui sont inhérents à la pratique de cette activité et non en

fonction des récompenses et des contraintes extérieures qui peuvent y être associées (Deci, 1975). Une personne est intrinsèquement motivée lorsqu'elle pratique une activité volontairement et par intérêt. Souscrivant à une perspective organismique de la motivation humaine, White (1959), deCharms (1968), Maslow (1943) et Deci et Ryan (1980, 1985, 1987, 1991, 2002) postulent que la motivation intrinsèque est issue des besoins de l'être humain de se sentir autodéterminé et compétent dans ses interactions avec l'environnement, ainsi qu'en relation avec son environnement social. Selon DeCharms (1968), le besoin d'autodétermination réfère à la possibilité de choisir d'émettre ou non un comportement, alors que le besoin de compétence réfère à la propension de l'individu à se sentir efficace dans ses interactions avec l'environnement (White, 1959). En outre, l'individu motivé intrinsèquement cherche à faire des choix optimaux qui sont en accord avec son expérience organismique et libres de toutes contraintes extérieures. Ce faisant, il satisfait son besoin d'autodétermination et de compétence. Par exemple, selon cette définition conceptuelle, un client serait intrinsèquement motivé face au processus thérapeutique lorsqu'il choisirait d'aller en thérapie pour le plaisir et la satisfaction qu'il éprouve à vouloir atteindre ses objectifs personnels en cours de thérapie.

Alors que plusieurs théoriciens postulent la présence d'un construit global de la MI, certains auteurs (Deci, 1975; White, 1959) ont déjà proposé que la MI pouvait se différencier en des motifs plus spécifiques. Par contre, ces théoriciens n'ont pas précisé les différents types de MI pouvant découler du motif intrinsèque plus global. Plus

récemment, Vallerand et Blais (1987) ont postulé une taxonomie tripartite de ce construit. Cette taxonomie repose sur une analyse de la vaste littérature sur la MI qui révèle la présence de trois types de MI ayant été étudiés en recherche de façon isolée. Ces trois types de MI sont identifiés comme la MI à l'accomplissement, la MI à la connaissance et la MI aux sensations.

La motivation intrinsèque à l'accomplissement réfère au fait de faire une activité pour la satisfaction et le plaisir d'accomplir cette activité ou encore de relever un défi optimal. Un client qui éprouve de la satisfaction et du plaisir à essayer d'atteindre ses objectifs personnels en cours de processus fait preuve de motivation intrinsèque à l'accomplissement. La motivation à la connaissance est celle de l'individu qui effectue une activité pour la satisfaction et le plaisir d'apprendre, de découvrir et d'explorer de nouvelles avenues. Par exemple, un client en thérapie est motivé par la motivation à la connaissance lorsqu'il apprend de nouvelles choses de lui qu'il ne connaissait pas auparavant ou qu'il explore de nouvelles avenues. Enfin, le troisième et dernier type de MI que l'on retrouve dans la littérature est celui de la motivation intrinsèque aux sensations. Ce troisième type de MI réfère au fait de faire une activité afin de ressentir des sensations spéciales d'excitation, d'amusement, de plaisir sensoriel et d'esthétisme. Ce type de MI correspond de près aux travaux de Csikszentmihalyi (1975, 1978) qui a démontré que les gens qui participent à des activités intéressantes ressentent souvent ce qu'il appelle un état de « *flow* ». Cet état est caractérisé par une sensation dynamique et holistique d'implication totale dans l'activité où l'individu a l'impression de « faire un »

avec l'activité. D'autres positions comme celle de Maslow (1970) sur les expériences paroxystiques et celle de Berlyne (1971) sur les expériences d'esthétisme sont reliées à ce concept. Ainsi, un client qui poursuit sa thérapie pour les émotions intenses qu'il ressent lors des séances fait preuve de motivation intrinsèque aux sensations.

La théorie proposée par Deci et Ryan (1985, 1987, 1991, 2002) repose sur la prémisse selon laquelle l'être humain a un besoin fondamental de vivre des expériences d'autodétermination, de compétence et d'attachement interpersonnel. Plus ces expériences sont fréquentes ou généralisées dans des domaines de vie importants, plus elles devraient influencer la qualité de vie et la santé des individus. Ce faisant, les individus tendent, lorsque les circonstances le permettent, à manifester spontanément des comportements intrinsèquement motivés. Toutefois, il arrive qu'un individu soit confronté à différentes situations où des incitatifs extérieurs, tels que des récompenses ou encore des pressions interpersonnelles, orientent et motivent le comportement. Dans de telles situations, le comportement n'est plus intrinsèquement motivé. Ce type de comportement réfère davantage à la motivation extrinsèque.

Motivation extrinsèque. La motivation extrinsèque sous-tend les comportements qui sont effectués pour des raisons instrumentales. L'activité est pratiquée dans le but d'engendrer des conséquences agréables ou d'éviter quelque chose de déplaisant une fois l'activité terminée (Deci, 1975; Kruglanski, 1978). Selon cette définition, un client serait extrinsèquement motivé face au processus thérapeutique lorsqu'il se présenterait à

ses séances uniquement dans le but de satisfaire ses proches. La ME ne faisait originellement référence qu'aux comportements exécutés en l'absence d'autodétermination et donc en présence de sources de contrôle externe. Plus récemment, Deci, Ryan et leurs collègues (Deci & Ryan, 1985; Ryan et al., 1989; Ryan, Connell, & Grolnick, 1990) ont proposé l'existence de différents types de ME pouvant se situer sur un continuum d'autodétermination. Ces types de ME, du plus bas au plus haut niveau d'autodétermination, sont : la régulation externe, la régulation introjectée, la régulation identifiée et la régulation intégrée.

La régulation externe correspond à la définition initiale de la ME telle qu'on la retrouvait dans les premiers écrits. Le comportement de l'individu est régulé par des sources de contrôle extérieures à la personne, telles des récompenses matérielles ou des contraintes imposées par une autre personne. Un exemple de ME par régulation externe serait celui d'un client qui s'engage dans une thérapie parce que les gens de son entourage sont d'avis que le fait d'aller en thérapie pourrait l'aider. La régulation introjectée réfère à l'individu qui commence à intérioriser les sources de contrôle de son comportement. Cependant, bien que cette forme d'intériorisation concerne des sources de contrôle internes à la personne, on ne peut qualifier ce type de motivation d'autodéterminé puisque le contrôle du comportement s'effectue par le biais de contraintes externes intériorisées. L'individu ne choisit pas encore d'émettre le comportement car ce dernier est davantage régi par la pression interne que l'individu s'impose. Un exemple de régulation introjectée serait celui d'un client qui va en thérapie

parce qu'il se sentirait coupable de ne rien faire pour résoudre ses problèmes. L'activité n'est pas librement choisie puisque l'individu agit pour éviter une conséquence désagréable qu'il s'impose en se culpabilisant.

Lorsqu'un comportement devient valorisé et important pour le sujet qui s'y engage, il devient alors régularisé par identification. À ce niveau, l'intériorisation des motifs externes est alors suffisante pour provoquer une identification à l'activité et l'individu s'y engage. Le comportement est cohérent avec les valeurs et les besoins de l'individu. L'activité, même si elle est réalisée pour des fins instrumentales, peut être qualifiée d'autodéterminée. Un exemple de ce type de ME serait le client qui a décidé d'entreprendre une thérapie parce qu'il s'agit du moyen qu'il a choisi pour l'aider à faire face aux événements.

Enfin, lorsque la régulation du comportement prend la forme d'une régulation cohérente avec le concept de soi de la personne, la régulation devient intégrée. L'individu se sent alors autodéterminé dans la régulation du comportement en question et cette forme d'autorégulation est consistante avec d'autres schémas de sa personne. La personne agit alors volontairement et en parfait accord avec ce qu'elle est (son « self »). La personne est non seulement motivée pour plusieurs comportements qui peuvent être associés à une dimension importante de sa personne (p. ex., son bien-être en général), mais elle tente de réduire les conflits entre ses comportements et de maintenir un niveau de cohérence élevé entre ceux-ci (Deci & Ryan, 2000). Par exemple, elle devient

motivée à entreprendre un processus thérapeutique pour améliorer son bien-être tout en étant motivée à améliorer ses relations avec les autres et à diminuer les éléments stressants dans sa vie. La ME intégrée permet donc de distinguer les individus qui pourraient être motivés de façon extrinsèque par un seul comportement sans pour autant l'être pour d'autres comportements associés. Il s'agit du niveau le plus élevé d'autodétermination des différents types de ME.

En plus des motivations intrinsèque et extrinsèque, Deci et Ryan (1985) ont proposé un troisième type de construit motivationnel qui semble important à considérer afin d'avoir une pleine compréhension de la nature des comportements humains. Ce concept se nomme « amotivation ».

Amotivation. Pour Deci et Ryan (1985), l'individu qui vit une expérience d'amotivation est incapable de prévoir et d'expliquer les conséquences de son comportement. Il ne perçoit pas de relations entre ses actions et les résultats obtenus. Il a alors la perception que ses comportements sont causés par des facteurs hors de son contrôle. Ainsi, l'amotivation diffère de la motivation intrinsèque et de la motivation extrinsèque par l'absence de motivation. L'amotivation s'apparente au concept de résignation acquise (« learned helplessness »; Abramson, Seligman, & Teasdale, 1978). Un individu amotivé peut effectuer une activité mais il remet constamment en question sa participation et éventuellement abandonne l'activité. Un exemple de client amotivé

face à la thérapie serait celui d'un client qui se demande ce qu'il peut retirer de la thérapie.

Continuum d'autodétermination

Selon Deci et Ryan (1985), les différents types de motivation peuvent être disposés sur un continuum en fonction de leur degré d'autodétermination. La motivation intrinsèque représente le plus haut niveau d'autodétermination parce qu'elle réfère à des comportements qui sont initiés librement et par plaisir. L'amotivation représente quant à elle la forme de motivation la moins autodéterminée puisqu'elle représente l'absence de contrôle. Les différents types de motivation extrinsèque se situent entre ces deux pôles. Ainsi, l'intégration constitue la forme de ME la plus autodéterminée alors que la régulation externe en constitue la forme la moins autodéterminée. L'introjection et l'identification se situent à mi-chemin entre les deux.

Un certain nombre d'études récentes supportent la validité du continuum d'autodétermination (Pelletier et al., 1997; Blais, Brière, Lachance, Riddle, & Vallerand, 1993; Vallerand et al., 1991). Ces études ont démontré la présence d'un profil corrélationnel distinct, dit « simplex » (Guttman, 1954). Il est obtenu lorsque, pour chacun des concepts du continuum, les corrélations avec les concepts adjacents sont relativement élevées alors que les corrélations avec les concepts éloignés diminuent

progressivement pour devenir négatives. Enfin, les corrélations les plus négatives devraient être observées entre les concepts situés aux extrémités du continuum.

Le continuum d'autodétermination permettrait la prédiction des conséquences psychologiques associées aux différents types de motivation. Selon Deci et al. (1985), le niveau d'autodétermination devrait entretenir une relation directement proportionnelle avec le bien-être psychologique. Il serait donc possible de prédire les conséquences associées aux différents types de motivation puisque leur position relative sur le continuum est connue (Vallerand et al., 1992). En somme, comme les différents types de motivation se situent sur un continuum allant d'un bas à un haut niveau d'autodétermination et qu'un niveau élevé d'autodétermination est associé à un meilleur fonctionnement psychologique (Ilardi, Leone, Kasser, & Ryan, 1993; Deci, 1980), il est possible de croire que les types de motivation autodéterminée (MI et ME intégrée et ME identifiée) seraient associés positivement au bien-être psychologique tandis que les types de motivation non autodéterminée (ME introjectée, externe et amotivation) seraient associés au bien-être psychologique de façon faible ou négative. Une représentation schématique du continuum d'autodétermination est présentée à la Figure 1.

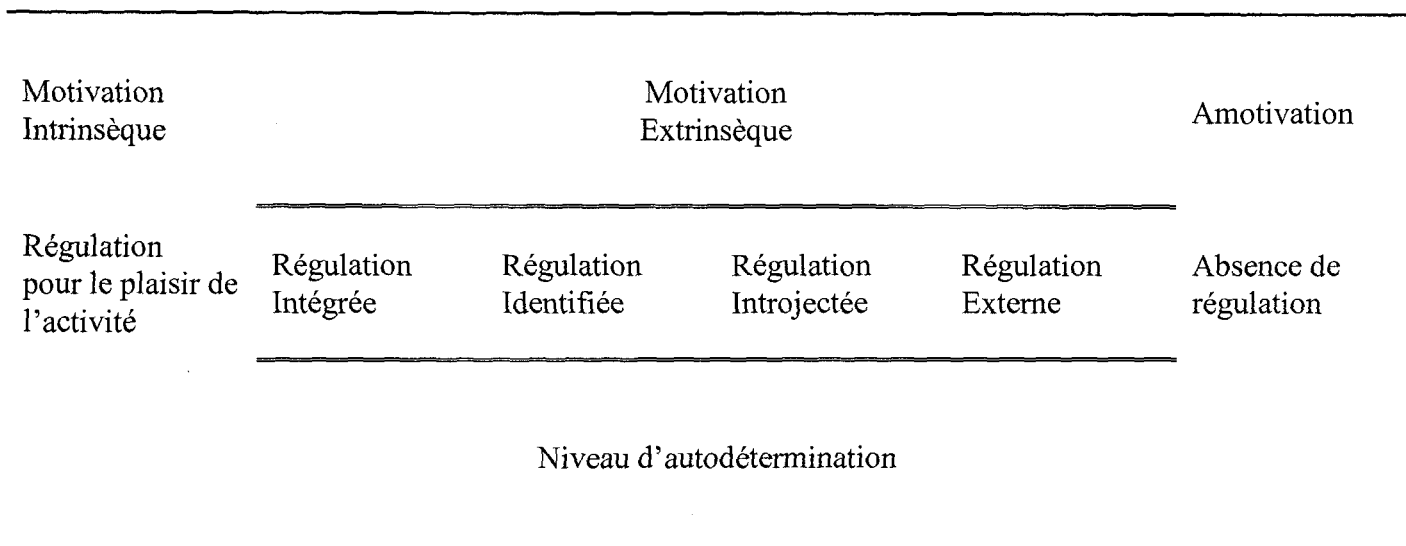


Figure 1 Continuum d'autodétermination.

Selon Deci et Ryan (1985), la motivation est un concept dynamique, ce qui sous-tend que les différentes formes de motivation existent chez un même individu à des degrés variables. De plus, un certain nombre d'études (Connell et al., 1986; Daoust, Vallerand, & Blais, 1988; Vallerand & Reid, 1988; Vallerand et al., 1989) ont démontré que les femmes possèdent un profil plus intrinsèque et donc plus autodéterminé que celui des hommes alors que ces derniers font preuve de plus de régulation externe et d'amotivation que les femmes. Ainsi, la motivation d'un client en thérapie peut varier au cours du processus thérapeutique et apporter des changements au niveau de ses sentiments d'autodétermination et de compétence. Des événements qui produiront des hausses ou des baisses dans l'un ou l'autre de ces sentiments entraîneront des changements correspondants de MI ou de ME autodéterminée chez le client. Ces événements sont les variables antécédentes menant aux différents types de motivation en question (p. ex., le style interpersonnel du thérapeute). En effet, comme le soutient la théorie de l'évaluation cognitive, les antécédents de la motivation sont reliés aux différents types de motivation (Deci et al., 1985). La prochaine section présente plus en détails la théorie de l'évaluation cognitive.

Théorie de l'évaluation cognitive

Le concept central de cette théorie repose sur le fait que la motivation de la personne variera en fonction des changements au niveau de la perception qu'elle a de sa compétence et par conséquent de son autodétermination. Ainsi, tout événement

permettant de satisfaire ses besoins aura un impact positif sur la motivation. Donc, la motivation d'un individu face à une activité devrait varier en fonction de l'autodétermination et de la compétence perçues dans le cadre de cette activité.

Deci et Ryan (1985, 1991) ont identifié trois aspects fonctionnels pouvant être reliés aux événements et pouvant, en retour, affecter la motivation. Il s'agit de l'aspect lié à la perception du contrôle, de l'aspect informationnel et enfin de l'aspect lié au niveau d'implication dans la relation. Selon la théorie de l'évaluation cognitive, la motivation d'un individu variera en fonction de l'aspect perçu comme étant le plus saillant.

Le premier aspect réfère au degré d'autonomie ou, à l'inverse, de contrôle que l'individu perçoit en regard d'un événement donné. Ainsi, lorsque l'aspect contrôlant de l'événement est perçu comme étant le plus saillant, la motivation varie en fonction de l'autodétermination perçue. Les événements qualifiés de contrôlant sont ceux qui dirigent le comportement de l'individu dans une direction spécifique telle que penser, agir ou se sentir d'une certaine façon. Ce faisant, l'individu perçoit les causes de ses comportements comme étant associées à des événements externes plutôt qu'à lui-même.

Par conséquent, ces événements diminuent la perception de l'autodétermination et favorisent l'adoption d'un lieu de contrôle externe. Inversement, dans le cas où les événements sont perçus comme supportant l'autonomie, l'individu perçoit que son

comportement est librement choisi (lieu de contrôle interne), ce qui a pour effet de favoriser les formes autodéterminées de motivation.

Le second aspect, l'aspect informationnel, fait référence au type de rétroaction que l'individu reçoit de son entourage. Lorsque l'aspect informationnel de l'événement est perçu comme étant le plus saillant, la motivation varie en fonction de la perception de compétence et d'autodétermination. Un événement est considéré comme étant informationnel lorsqu'il communique à l'individu un message de compétence pertinent au comportement émis dans un contexte donné. Ce faisant, ces événements augmentent la perception de compétence dans un contexte d'autodétermination ce qui maintient ou augmente la motivation intrinsèque et favorise les formes autodéterminées de motivation extrinsèque. Par exemple, dans un contexte thérapeutique, une façon de supporter la compétence de l'individu serait de l'outiller en lui prodiguant des informations lui permettant d'effectuer des modifications au niveau de ses comportements. En contrepartie, la rétroaction négative communique à l'individu un message d'incompétence, ce qui aura comme résultat une diminution de la perception de contrôle et de la motivation intrinsèque.

Enfin, l'aspect lié au niveau d'implication réfère à l'intérêt qui est communiqué dans la relation par une personne significative (p. ex., un thérapeute). L'implication interpersonnelle, particulièrement lorsqu'elle supporte l'autonomie, augmente la

motivation intrinsèque et, par conséquent, le niveau d'autodétermination de l'individu (Deci et al., 1994).

Un autre élément important de la théorie de l'évaluation cognitive concerne l'aspect fonctionnel des événements qui s'applique à la fois aux événements externes à l'individu (p. ex., récompenses, punitions, style interpersonnel du thérapeute) mais également aux événements internes tels que les pensées et les émotions. En effet, selon la théorie de l'évaluation cognitive (Deci et al., 1980, 1985, 2002), les événements internes jouent un rôle prépondérant dans l'initiation et la régulation des comportements et, tout comme pour les événements externes, ils peuvent être qualitativement différents sur le plan de l'aspect fonctionnel (Ryan, 1982). Par exemple, un événement interne perçu comme contrôlant pour l'individu serait celui de l'individu qui s'impose lui-même une pression interne (par ses cognitions) pour atteindre des résultats spécifiques. Cette attitude abaisse la perception d'autodétermination, ce qui, en retour, diminue la motivation intrinsèque et les formes autodéterminées de motivation extrinsèque et augmente les formes non autodéterminées de motivation extrinsèque. Lorsque les événements internes sont vécus comme étant informationnels, ils produisent les mêmes effets sur la perception de compétence et d'autodétermination que les événements externes. Enfin, les événements internes peuvent avoir un effet sur la qualité de l'implication interpersonnelle. Ainsi, lorsqu'un individu refuse de s'impliquer dans une relation parce qu'il se sent incompetent, il peut perdre de l'intérêt pour l'activité, ce qui, en retour, affecte sa motivation. En somme, l'aspect fonctionnel des événements tel que

perçu par l'individu permet de prédire la motivation. Puisque la théorie de l'évaluation cognitive (Deci et al., 1980, 1985, 2002) permet d'établir la nature des variables antécédentes aux différentes formes de motivation, cette théorie s'avère particulièrement intéressante pour étudier la motivation du client face au processus thérapeutique.

Antécédents de la motivation

Selon Deci et Ryan (1980, 1985, 2002), les événements qui favorisent une perception de causalité interne soutiennent l'autonomie et produisent une augmentation concomitante des sentiments d'autodétermination, lesquels en retour maintiennent ou augmentent la motivation intrinsèque et les formes autodéterminées de motivation extrinsèque (régulation intégrée et identifiée). Inversement, lorsque les individus perçoivent les événements comme étant imposés, la causalité perçue devient externe ce qui entraîne une diminution des sentiments d'autodétermination ainsi qu'une diminution de la motivation intrinsèque et des formes autodéterminées de motivation extrinsèque au profit des formes non autodéterminées de motivation extrinsèque (régulation externe et introjectée).

Un aspect important du processus thérapeutique est lié à la relation thérapeutique qui est modulée par le style d'interventions prodiguées par le thérapeute. Plus spécifiquement, le support à l'autonomie, le niveau d'implication dans la relation et le style interpersonnel du thérapeute devraient faciliter l'intégration et le maintien des

changements puisqu'ils augmentent le niveau d'autodétermination et le sentiment de compétence du client.

Certaines études ont démontré que le fait de donner au client l'opportunité de faire des choix quant à ses propres objectifs favorise un contexte d'autodétermination et maximise ainsi l'efficacité thérapeutique. Une étude réalisée par Cooper (1980) auprès d'adolescents a démontré que de permettre aux participants de choisir eux-mêmes de s'engager dans un type particulier de thérapie est associé à un meilleur succès thérapeutique comparativement aux adolescents à qui ce choix est imposé. Des résultats similaires ont également été observés dans une étude réalisée par Bastien et Adelman (1984).

Dans le cadre d'une étude réalisée auprès d'étudiants de niveau collégial, Gordon (1976) a examiné les relations qui existent entre le type de participation (volontaire ou non) et les bénéfices associés à la possibilité de pouvoir choisir ou non entre deux types de programme de relaxation sur l'efficacité du traitement. Les résultats ont démontré que les sujets à qui la possibilité de choisir a été offerte ont retiré subséquemment plus de bénéfices du traitement comparativement aux sujets à qui l'activité avait été imposée. Toutefois, aucune différence significative n'a été observée entre les sujets volontaires et les sujets non volontaires chez qui la possibilité de choisir a également été offerte. L'auteur explique ce résultat par le fait que, chez les sujets non volontaires, la possibilité

de pouvoir choisir est évaluée comme étant moins importante que chez les sujets volontaires.

Une autre variable importante associée au processus thérapeutique est le style interpersonnel du thérapeute. Un certain nombre d'études ont évalué le lien entre le style interpersonnel du thérapeute et l'adhérence au traitement psychologique (Patterson & Forgatch, 1985; Miller, Benefield, & Tonigan, 1993). Plus spécifiquement, les chercheurs ont évalué à quel point la perception du style interpersonnel du thérapeute (contrôlant versus supportant) pouvait affecter l'implication du client dans la relation thérapeutique. Les résultats de ces études ont permis de démontrer que le style contrôlant était associé positivement à des réactions de résistance de la part du client alors qu'un style interpersonnel supportant était associé positivement à une meilleure implication du client dans le processus thérapeutique.

Plusieurs auteurs se sont intéressés à vérifier l'impact d'un style interpersonnel perçu comme étant contrôlant en milieu scolaire (Deci et al., 1981; Deci, Schwartz, Sheinman, & Ryan, 1981; Ryan & Grolnick, 1986). Ces derniers ont évalué à quel point le style interpersonnel de l'enseignant étant perçu comme contrôlant de la part des étudiants affectait la motivation intrinsèque de ces derniers. Une analyse de la relation entre la perception du style interpersonnel de l'enseignant et la motivation intrinsèque des étudiants permet de constater qu'il existe une relation négative entre la perception d'un style interpersonnel contrôlant et la motivation intrinsèque des étudiants.

Une autre série d'études réalisée par Vallerand (1991) a permis de vérifier l'influence d'un style interpersonnel contrôlant sur la motivation extrinsèque des étudiants. Les résultats obtenus permettent de démontrer qu'il existe une relation positive entre la perception d'un style interpersonnel contrôlant de l'enseignant et les niveaux de régulation externe des étudiants. Des résultats similaires ont été obtenus avec la perception du style parental contrôlant (Vallerand et al., 1992; Deci & Ryan, 2002).

L'impact des rétroactions verbales constitue également un aspect important du processus thérapeutique. Certaines recherches ont démontré que les rétroactions verbales positives augmentent la motivation intrinsèque car elles produisent une hausse des sentiments de compétences (Blanch, Reis, & Jackson, 1984; Deci, 1972; Harackiewicz, & Larson, 1986; Vallerand, 1983; Vallerand et al., 1988). Toutefois, lorsque la rétroaction verbale positive survient dans un contexte contrôlant, elle abaisse la motivation intrinsèque (Harackiewicz, 1979; Pittman, Davey, Alafat, Wetherill, & Kramer, 1980; Ryan, 1982).

D'autres recherches ont examiné la rétroaction verbale négative. Les résultats de ces recherches indiquent que les rétroactions verbales négatives diminuent la motivation intrinsèque (Deci, Cascio, & Krusell, 1975; Vallerand et al., 1988). Deci et Ryan (1980, 1985) soutiennent que cette diminution de la motivation intrinsèque résulte du fait que ce type de rétroaction verbale est vécu comme étant amotivationnel. Ce faisant, l'individu se sent incapable d'atteindre ses objectifs, ce qui diminue ses sentiments de

compétence qui en retour diminuent sa motivation intrinsèque (Boggiano & Barette, 1985; Harter & Connell, 1984; Vallerand et al., 1988).

En résumé, l'ensemble des recherches présentées dans les paragraphes qui précèdent, révèle que, de façon générale, les évaluations, la surveillance, les rétroactions verbales négatives et les styles interpersonnels perçus comme exerçant un contrôle sur l'individu abaissent les sentiments d'autodétermination et diminuent la motivation intrinsèque. Par ailleurs, l'opportunité de faire des choix et de fixer ses propres objectifs ainsi que le fait de recevoir des rétroactions verbales positives semblent augmenter les sentiments d'autodétermination ainsi que la motivation intrinsèque des individus.

Conséquences de la motivation

Dans le cadre de la théorie de l'autodétermination, Deci et Ryan ont également proposé l'existence de diverses conséquences pouvant être associées aux différents types de motivation. Un certain nombre de recherches ont étudié le lien entre les différents types de motivation précédemment identifiés (intrinsèque, intégrée, identifiée, introjectée, régulation externe et amotivation) et les différentes conséquences pouvant leur être associées. En somme, parce qu'il est postulé que les différents types de motivation se situent sur un continuum allant d'un bas à un haut niveau d'autodétermination (Deci et al., 1985) et qu'un niveau élevé d'autodétermination est associé à un meilleur fonctionnement psychologique, il devient possible d'émettre

l'hypothèse que les types de motivation autodéterminés (MI et ME par régulation intégrée et identifiée) seraient associés positivement au bien-être psychologique tandis que les types de motivation non autodéterminés (ME par régulation introjectée, externe et amotivation) seraient associés au bien-être psychologique de façon faible ou négative. Il serait donc possible de prédire les conséquences associées aux différents types de motivation puisque la position relative de ceux-ci sur le continuum d'autodétermination est connue (Vallerand et al., 1992).

La majorité des études récentes portant sur les conséquences associées aux différents types de motivation supporte ces hypothèses. En effet, plusieurs auteurs se sont intéressés aux conséquences affectives, cognitives et comportementales de la motivation et ce dans différents domaines.

En ce qui concerne les conséquences affectives, les résultats ont démontré que les comportements intrinsèquement motivés sont reliés positivement aux émotions positives (Garbarino, 1975; Vallerand et al., 1988), à une plus grande satisfaction de vie (Vallerand et al., 1989), au bonheur conjugal (Blais et al., 1990), à une meilleure santé mentale (O'Connor & Vallerand, 1990; Ryan & Deci, 2000) ainsi qu'au plaisir en général (Csikszentmihalyi, 1975; Ryan et al., 1989; Vallerand et al., 1989).

Les résultats portant sur les conséquences de nature comportementale indiquent que les comportements intrinsèquement motivés sont reliés à un plus haut niveau de

créativité (Amabile, 1982, 1983; Amabile, Hennessey, & Grossman, 1986), à une meilleure performance académique (Grolnick, Ryan, & Deci, 1990; Pintrich & DeGroot, 1990; Deci, Vallerand, Pelletier, & Ryan, 1991; Wong & Csikszentmihalyi, 1991; Vallerand & Thill, 1993) et à une plus grande persévérance face à l'activité (Vallerand et al., 1993).

Enfin, au niveau des conséquences cognitives, les résultats démontrent que les comportements motivés de façon intrinsèque, comparativement aux comportements motivés par régulation externe, sont reliés à une plus grande flexibilité cognitive (McGraw & McCullers, 1979) ainsi qu'à une meilleure concentration face à la tâche à effectuer (Vallerand et al., 1988; Deci, Koestner, & Ryan, 1999).

De façon générale, les recherches démontrent que la motivation intrinsèque et les formes autodéterminées de motivation extrinsèque sont associées positivement à des conséquences, tant au plan cognitif, affectif que comportemental, qui dénotent un bon niveau d'ajustement et de fonctionnement. Toutefois, les formes non autodéterminées de motivation extrinsèque et l'amotivation sont davantage reliées à des conséquences négatives.

Application de la théorie de l'autodétermination au contexte thérapeutique

Bien que ce type d'étude n'ait jamais été réalisé dans un contexte psychothérapeutique, il est raisonnable de penser que de tels résultats pourraient être

reproduits dans le contexte d'une thérapie. Les différentes hypothèses proposées par la théorie de l'évaluation cognitive sont fort intéressantes pour le domaine de la psychologie car elles permettent de faire le pont entre les variables antécédentes, qui affectent les diverses formes de motivation, et les conséquences engendrées par ces dernières. De plus, le fait de pouvoir mieux identifier les antécédents et les conséquences liés aux différents types de motivation permettrait de donner une direction aux objectifs thérapeutiques.

Récemment, le modèle théorique de Deci et Ryan (1985) a été utilisé par Pelletier et ses collègues (Pelletier et al., 1997) pour développer un questionnaire de la motivation du client face à la thérapie : le « Client Motivation for Therapy Scale » (CMOTS). Il s'agit du seul instrument de mesure disponible permettant de mesurer la motivation du client face à la thérapie. Toutefois, cet outil est adapté pour une population anglophone seulement. La section qui suit présente ce questionnaire.

Le Client Motivation for Therapy Scale (CMOTS)

Champ d'application et système de cotation de l'instrument. Devant la pertinence théorique de mesurer à la fois la motivation intrinsèque, la motivation extrinsèque et l'amotivation face au processus thérapeutique, Pelletier et ses collègues (Pelletier et al., 1997) ont développé une mesure valide permettant de mesurer ces divers types de motivation. Plus précisément, le but poursuivi par ces auteurs était la construction et la

validation d'un nouvel instrument qui permettrait de mesurer les différents types de MI et de ME ainsi que l'amotivation dans un contexte psychothérapeutique. Le Client Motivation for Therapy Scale (CMOTS) repose sur la théorie de l'autodétermination proposée par Deci et Ryan (1985, 1987, 1991, 2002) et mesure l'orientation motivationnelle du client face à la thérapie.

Le CMOTS est un questionnaire auto-administré de 24 items qui présente l'avantage de pouvoir être administré à différents moments au cours de la thérapie, ce qui représente un atout important lors de l'évaluation du client pour l'établissement du plan d'intervention.

Les items sont répartis en six sous-échelles, contenant 4 items par sous-échelles, qui correspondent aux différents types de motivation précédemment identifiés (la MI, la ME à régulation intégrée, la ME à régulation identifiée, la ME à régulation introjectée, la ME à régulation externe et l'amotivation). Le sujet indique sur une échelle de type Likert variant de 1 (Ne correspond pas du tout) à 7 (Correspond exactement), à quel point il est en accord ou en désaccord avec chacun des items. L'instrument peut générer un score global d'autodétermination¹, un score de motivation autodéterminée et non autodéterminée et des scores de sous-échelles qui correspondent aux différents types de motivation énumérés ci-dessus.

¹ La formule pour calculer le score global de la motivation est : (3 X le score de motivation intrinsèque) + (2 X le score de régulation intégrée) + (1 X le score de régulation identifiée) – (1 X le score de régulation introjectée) – (2 X le score de régulation externe) – (3 X le score d'amotivation).

Développement de la version expérimentale du CMOTS. Le développement de la version expérimentale du CMOTS s'est fait en trois étapes. Dans un premier temps, des groupes focus, formés de thérapeutes (environ 5 par groupe) oeuvrant soit en pratique privée ou dans les hôpitaux, a été rencontré par un étudiant gradué en psychologie. À l'étape suivante, les thérapeutes furent interviewés. Lors de ces interviews, ils recevaient une brève description des différents construits proposés par la théorie de Deci et Ryan et on demanda aux thérapeutes de générer différentes raisons pouvant expliquer pourquoi les clients allaient en thérapie. Ensuite, les thérapeutes étaient encouragés à apparier les différentes raisons précédemment identifiées au type de motivation correspondant. Le but de cet exercice était d'éviter les biais du chercheur et d'obtenir une classification plus objective. Les dix items nommés le plus fréquemment à chacune des sous-échelles de motivation ont été sélectionnés pour former la version expérimentale du CMOTS. Enfin, cette version a été administrée auprès de 138 participants en thérapie dans différents milieux (hôpitaux, cliniques privées, cliniques universitaires de psychologie).

Structure factorielle du CMOTS. Des analyses factorielles de même que des analyses de tendances centrales et de dispersion ont été effectuées avec les 138 participants de l'étude de validation. Plus particulièrement, des analyses factorielles utilisant la méthode de vraisemblance maximale (maximum likelihood) avec rotations de type Oblimin ont été effectuées sur les 60 items du CMOTS. Au niveau de l'analyse des moyennes et des écarts-types, tous les items ont démontré une dispersion acceptable. Les analyses évaluant la normalité de la distribution de chaque item démontraient des

niveaux acceptables d'asymétrie et d'aplatissement (i.e. inférieurs à 2,0) (Anastasi, 1994). Des solutions factorielles à cinq, six et sept facteurs d'extraction ont été vérifiées. La solution à six facteurs est ressortie expliquant 51,3 % de la variance. Les analyses ont permis d'éliminer les items qui présentaient un coefficient de saturation inférieur à 0,30 et de ne retenir que 4 items par sous-échelles. Une seconde analyse factorielle à six facteurs effectuée sur les 24 items retenus explique 65,6 % de la variance. La présence d'un profil corrélational de type simplex appuie la validité du continuum d'autodétermination. Le niveau de cohérence interne, pour les différentes sous-échelles, varie de 0,70 à 0,92. Au niveau de la validité de construit, le CMOTS est corrélé positivement et de façon modérée à élevée avec différents instruments évaluant les antécédents et les conséquences de la motivation.

À la lumière des éléments recensés précédemment, la présente étude s'inscrit dans le cadre d'un objectif général qui est celui de fournir un instrument de mesure valide et fidèle, adapté à une population clinique canadienne française, permettant d'évaluer la motivation du client face au processus thérapeutique. Plus spécifiquement, il s'agit de vérifier, auprès d'une population clinique adulte, les qualités psychométriques de la version canadienne française du CMOTS : l'Échelle de Motivation du client face à la thérapie (EMCT). À l'instar de Pelletier et ses collaborateurs (1997), nous avons procédé à une évaluation de la structure factorielle de l'EMCT par le biais d'une analyse factorielle de type exploratoire utilisant la méthode de vraisemblance maximale avec le logiciel SPSS. Ce type d'analyse permet de vérifier à quel point la structure

multidimensionnelle postulée théoriquement explique la variance observée entre les différents énoncés de l'EMCT. Il est attendu qu'un modèle à six facteurs représentant la motivation intrinsèque, les quatre types de motivation extrinsèque et l'amotivation expliqueraient adéquatement la matrice de covariance. Ce modèle à six facteurs a été confirmé par Pelletier et al. (1997) pour la version originale anglaise du CMOTS. Ce faisant, dans la mesure où un tel modèle serait également confirmé pour l'EMCT, sa structure factorielle multidimensionnelle serait confirmée.

Les niveaux d'homogénéité des différentes sous-échelles de l'EMCT sont également examinés afin de vérifier la cohérence interne et la redondance entre les divers énoncés de chaque sous-échelle. Il est attendu que les niveaux de cohérence interne (alpha de Cronbach) soient équivalents à ceux obtenus par Pelletier et al. (1997) lors de la validation de la version originale anglaise ($> 0,70$).

Un second objectif consiste à étudier la validité de construit de l'EMCT. Cette validité est vérifiée de trois façons. Premièrement, les corrélations entre les six sous-échelles sont calculées. L'analyse de ces corrélations devrait démontrer la présence d'un continuum d'autodétermination allant de l'amotivation à la motivation intrinsèque. Une façon de vérifier empiriquement ce postulat consiste à faire l'examen du patron d'intercorrélation qui devrait se manifester de la façon suivante : les corrélations positives les plus fortes devraient se retrouver entre les motivations les plus proches sur le continuum (Guttman, 1954). Le coefficient de corrélation devrait diminuer d'intensité

entre les motivations les plus éloignées et cela, progressivement jusqu'aux relations entre les motivations très autodéterminées et celles non autodéterminées. À ce niveau, les relations devraient devenir de plus en plus négatives. Ainsi, les formes opposées de motivation telles que la MI et l'AM devraient démontrer les corrélations négatives les plus élevées. Finalement, des corrélations sont effectuées entre les 6 sous-échelles et d'autres construits psychologiques représentant des antécédents et des conséquences de la motivation. Il est prédit que les corrélations les plus négatives devraient être obtenues entre l'amotivation et les diverses variables servant d'antécédents et de conséquences positifs. Par contre, les corrélations les plus positives seraient obtenues avec la motivation intrinsèque. Par ailleurs, des corrélations modérément positives sont escomptées avec les conséquences positives et les formes autodéterminées de motivation alors que des corrélations légèrement négatives et près de zéro sont attendues, respectivement, pour les sous-échelles de régulation externe et régulation introjectée. Deuxièmement, les relations entre les différents types de MI et de ME ainsi que l'amotivation et les diverses variables à caractère négatif devraient démontrer un profil inverse à celui escompté pour les variables positives.

Enfin, l'impact du genre sur les pointages accordés aux diverses sous-échelles de l'EMCT est vérifié. Selon Novik (1985) l'établissement de la validité de construit permet d'établir si l'instrument est assez sensible pour déceler les relations entre le construit mesuré et d'autres construits pertinents selon les postulats de la théorie. Tel que mentionné précédemment, un certain nombre d'études (Connell et al., 1986; Daoust

et al., 1988; Vallerand et al., 1988, 1991) ont déjà démontré qu'il existe une différence quant au profil motivationnel des hommes et des femmes. Il semble intéressant de vérifier ce qu'il en est avec les résultats de l'EMCT.

Méthode

Ce deuxième chapitre décrit la méthode utilisée lors de la réalisation de l'étude de validation. Cette section se subdivise en trois parties. La première partie porte sur la description de l'échantillon ainsi que sur les caractéristiques sociodémographiques des participants. La seconde partie présente les instruments de mesures utilisés et leurs propriétés psychométriques. Finalement, ce chapitre se termine par la présentation du déroulement et du plan de l'expérience.

Participants

Le questionnaire incluant la version expérimentale de l'EMCT, composée de 24 énoncés (6 énoncés par sous-échelles), ainsi que différentes échelles mesurant des antécédents et des conséquences de la motivation face à la thérapie fut administré à un échantillon de 126 participants adultes (95 femmes et 31 hommes) ayant recours à des services de psychothérapie dans la région du Saguenay Lac St-Jean.

Le choix de participer ou non à l'étude se faisait sur une base volontaire et les clients étaient informés que les renseignements obtenus demeuraient confidentiels et anonymes et qu'en aucun temps leur thérapeute n'aurait accès aux résultats. L'étude a été effectuée auprès d'adultes ayant recours à des services de psychothérapie dans la

région du Saguenay Lac St-Jean. Les psychologues ont été recensés par le biais des pages jaunes puis contactés par téléphone afin de solliciter leur collaboration pour participer à l'étude. Le seul critère d'exclusion retenu pour la présente étude était la prise d'antipsychotiques (ces informations ont été préalablement recueillies par le questionnaire sociodémographique). Le choix de ne pas ajouter de critères d'inclusion ou d'exclusion repose sur deux raisons principales. D'une part, le CMOTS est une échelle de mesure qui a été conçue pour être utilisée avec une population clinique hétérogène (Pelletier et al., 1997). D'autre part, comme le mentionnent Deci et al. (1985), la motivation du client est un facteur déterminant de l'efficacité thérapeutique, indépendamment de la problématique.

Caractéristiques sociodémographiques de l'échantillon

Les analyses descriptives effectuées sur les données obtenues par le questionnaire sociodémographique ont permis de recueillir des informations relatives aux caractéristiques des participants, au processus thérapeutique ainsi qu'aux motifs de consultation.

Caractéristiques des participants. Le Tableau 1 présente les caractéristiques sociodémographiques des participants de l'échantillon.

Tableau 1
Caractéristiques sociodémographiques des participants

Variables	<i>n</i>	%
Sexe		
Féminin	95	75,4
Masculin	31	24,6
État Matrimonial		
Marié/conjoint de fait	73	57,9
Célibataire	32	25,4
Séparé/divorcé	21	16,7
Veuf	0	0,0
Principale Occupation		
Travail temps plein	64	57,7
Travail temps partiel	12	10,8
Chômage	5	4,5
Retraite	3	2,7
Études à temps plein	21	18,9
Autres	6	5,4
Revenu		
Moins de 15 000 \$	35	28,0
Entre 15 000 \$ et 24 999 \$	24	19,2
Entre 25 000 \$ et 34 999 \$	26	20,8
Entre 35 000 \$ et 44 999 \$	12	9,6
Entre 45 000 \$ et 54 999 \$	12	9,6
55 000 \$ et plus	11	8,8
Aucun revenu	5	4,0

Tableau 1
Caractéristiques sociodémographiques des participants (suite)

Variables	<i>n</i>	%
Scolarité		
Secondaire non complété	6	4,8
Secondaire complété	26	20,6
Études collégiales non complétées	10	7,9
Études collégiales complétées	36	28,6
Certificat universitaire complété	3	2,4
Baccalauréat non complété	17	13,5
Baccalauréat complété	19	15,1
Maîtrise complétée	8	6,3
Doctorat complété	1	0,8

Les répondants sont majoritairement des femmes dont l'âge moyen est de 37,03 ans (ÉT = 10,95) (minimum = 18 et maximum = 64 ans). Pour les hommes l'âge moyen est de 39,29 (ÉT = 10,53) (minimum = 18 et maximum = 55 ans). L'âge moyen pour l'ensemble des participants est de 38 ans.

Parmi les répondants 57,9 % sont mariés ou conjoints de fait et la majorité occupe un emploi à plein temps. Environ la moitié des participants gagnent un revenu inférieur à 25 000 \$ (47,2 %) et les deux tiers possèdent au moins un diplôme d'études collégiales (61,9 %).

Caractéristiques reliées au processus thérapeutique. Les caractéristiques liées au processus thérapeutique sont présentées en détails au Tableau 2.

Tableau 2
Caractéristiques reliées au processus de thérapie des participants (suite)

Variables	<i>n</i>	%
Prise de médication		
Oui	46	36,5
Non	80	63,5
Type de médicaments		
Antidépresseurs	40	31,7
Anxiolytiques	3	2,4
Autres	2	1,6
Ne s'applique pas	81	64,3
Événement stressant depuis début des séances		
Oui	64	50,8
Non	62	49,2
Type d'événements		
Divorce	19	15,1
Deuil	16	12,7
Perte d'emploi	8	6,3
Conflits familiaux	1	0,8
Maladie	7	5,6
Autres	13	10,3

En ce qui a trait au nombre de séances de thérapie, 37,5 % des participants ont suivi moins de cinq séances avec leur thérapeute, 31,7 % ont suivi entre cinq et dix-neuf séances et enfin 30,8 % ont suivi plus de vingt séances. Le nombre moyen de séances est de 20,86 (ÉT = 37,89) avec un minimum de 1 séance et un maximum de 260 séances.

La moitié des participants en était à leur première expérience thérapeutique alors que l'autre moitié avait déjà consulté dans le passé. Pour la plupart, les consultations avaient lieu une fois par semaine. Pour tous les répondants, qu'ils aient déjà été en thérapie avec un autre thérapeute ou non, le temps moyen avec leur thérapeute actuel est de 11,10 mois ($\text{ÉT} = 16,07$), avec un minimum de 1 mois et un maximum de 84 mois.

La majorité des clients ne prenaient pas de médication au moment des consultations. Chez ceux qui en prennent, il s'agit surtout des antidépresseurs, suivis des anxiolytiques. De plus, la moitié des participants évaluaient avoir vécu un événement stressant particulier depuis le début du processus thérapeutique, surtout un deuil ou une séparation.

Les principaux motifs de consultation pour lesquels les clients ont entrepris une démarche thérapeutique sont, en ordre d'importance : la dépression, l'anxiété, des difficultés relationnelles ou des difficultés liées au contexte de vie et enfin des problèmes familiaux. Le Tableau 3 présente l'ensemble des motifs de consultations recueillis par le questionnaire sociodémographique.

Tableau 3
Caractéristiques reliées aux motifs de consultation des participants

Variable	<i>n</i>	%
Motif de consultation		
Anxiété/angoisse	15	12,0
Connaissance de soi/croissance personnelle	8	6,4
Dépression	20	16,0
Difficultés liées à un événement stressant	8	6,3
Difficultés communication interpersonnelle	2	1,6
Difficultés relationnelles	14	11,2
Difficultés liées au contexte de vie	14	11,2
Épuisement professionnel	3	2,4
Estime de soi/confiance en soi	11	8,8
Phobies	1	0,8
Troubles de l'alimentation	1	0,8
Victime de sévices sexuels	2	1,6
Violence	1	0,8
Problèmes familiaux	13	10,4
Autres	12	9,5

Instruments de mesure

Les données de l'étude ont été recueillies par le biais d'un questionnaire auto-administré de type papier-crayon. Le questionnaire auquel les participants devaient répondre comprenait les directives, un questionnaire sociodémographique, la version expérimentale de l'EMCT ainsi que différentes échelles servant à évaluer certains antécédents et certaines conséquences de la motivation face à la thérapie. Parmi ces échelles, une d'entre elles mesurait des antécédents, trois mesuraient des conséquences

positives et une mesurait à la fois des conséquences positives et négatives de la motivation. Aussi, certaines mesures ont été utilisées afin de vérifier la validité de construit de l'instrument notamment en ce qui a trait à certaines variables pouvant être associées positivement ou négativement à un bon fonctionnement psychologique (p. ex., estime de soi, lieu de contrôle, satisfaction de vie, dépression). Compte tenu du grand nombre d'échelles, de la disponibilité des sujets et des milieux ainsi que de la nécessité de vérifier les relations avec les antécédents et les conséquences de la motivation face à la thérapie, les participants n'ont pas tous dû répondre à toutes les échelles, ce qui a entraîné deux versions du questionnaire (une version longue et une version courte) Bien que tous les participants aient répondu à l'EMCT, 90 d'entre eux (70,3%) ont répondu à la version longue du questionnaire et 38 participants (29,7%) ont répondu à la version courte. Ces deux versions sont présentées aux Appendices A et B.

Traduction du Client Motivation for Therapy Scale (CMOTS)

Puisque le CMOTS a été décrit en détails à la section précédente, les informations concernant cet instrument ne seront pas reprises dans cette section. Toutefois, il est important de mentionner que le CMOTS a été traduit en français par notre équipe de recherche sous le titre de « Échelle de motivation du client face à la thérapie (EMCT) » selon les trois premières étapes du processus de validation transculturelle de Vallerand (Vallerand, 1989). Par la suite, un comité de trois personnes bilingues a fait une évaluation des versions préliminaires pour en élaborer une version

expérimentale. La version française finale de la traduction a été approuvée par l'auteur de la version originale anglaise, Luc G. Pelletier (Pelletier et al., 1997). Un prétest a été réalisé auprès d'une vingtaine de personnes afin de vérifier le niveau de compréhension de la traduction et d'identifier les items pouvant être problématiques (difficulté de compréhension par une majorité de personnes). Cependant, aucun des items ne s'est avéré problématique.

Questionnaire sociodémographique

Le questionnaire sociodémographique comprend des items relatifs à l'âge, au sexe, au revenu, au niveau de scolarité, à la prise de médication, aux motifs de consultation et à la présence d'événements stressants particuliers pouvant affecter la motivation (voir Appendice C).

Comment vous sentez-vous pendant la thérapie

Lors de la validation de la version originale anglaise de l'instrument, Pelletier et ses collègues ont développé une mesure dont les 12 énoncés permettent d'évaluer à la fois des conséquences cognitives et affectives ainsi que des émotions positives et négatives ressenties par le client en cours de thérapie. Trois des douze énoncés mesurent la distraction cognitive lors des séances de thérapie (p. ex., « *Je suis distrait pendant mes séances de thérapie.* »; alpha : 0,73). Ces énoncés sont adaptés de Sarason, Sarason, Keefe, Hayes et Shearin (1986). Trois autres énoncés évaluent la tension ressentie par le

client durant les séances (p. ex., « *Je suis généralement un client anxieux.* »; alpha : 0,81). Ces énoncés sont une adaptation de Ryan et al. (1989). Les émotions positives ressenties par le client lors des séances de thérapie étaient mesurées par trois énoncés provenant également d'une adaptation de Ryan et al. (1989), (p. ex., « *Je suis habituellement de bonne humeur pendant mes séances de thérapie.* »; alpha : 0,84). Enfin, les perceptions d'autodétermination étaient mesurées à l'aide de trois items adaptés d'un questionnaire développé et validé par Ryan (1982) afin de mesurer différents états associés à des motivations intrinsèque et extrinsèque lors d'une tâche spécifique (p. ex., « *Je me sens trop contrôlé pendant mes séances de thérapie* »; alpha : 0,68). Les participants devaient indiquer, à l'aide d'une échelle en sept points de type Likert allant de 1 (« Ne correspond pas du tout ») à 7 (« Correspond exactement »), à quel point ils étaient en accord avec chacun des énoncés. Le point milieu étant 4 (« Correspond modérément »). Dans la présente recherche les coefficients alpha pour les différents construits utilisés sont de 0,63 pour les items relatifs à la distraction cognitive, de 0,65 pour les items relatifs à la tension psychologique, de 0,69 pour les items qui ont trait aux émotions positives ressenties lors de la thérapie et enfin de 0,52 pour les perceptions d'autodétermination.

Attentes face à la thérapie

L'importance que le client accorde à la thérapie (conséquences positives) est mesurée par trois items adaptés par Pelletier, Fortier, Vallerand, Tuson, Brière et Blais

(1995) (p. ex., « *Je suis en thérapie car je sens qu'il est très important pour moi d'effectuer certains changements dans ma vie.* »; alpha : 0,78). Les participants répondaient aux énoncés à l'aide d'une échelle en cinq points de type Likert allant de 1 (« Ne correspond pas du tout ») à 5 (« Correspond exactement »). Le point milieu étant 3 (« Correspond modérément »). L'alpha obtenu avec notre échantillon est de 0,29.

L'Échelle des comportements interpersonnels - perception du thérapeute (ECI)

Les comportements interpersonnels du thérapeute étaient évalués à l'aide de la version française de l'ECI élaborée par Otis et Pelletier (2000). L'ECI est un questionnaire auto-administré contenant 35 items cotés selon une échelle en sept points de type Likert allant de 1 («Jamais») à 7 («Toujours»). L'ECI mesure trois dimensions : le soutien à l'autonomie (SA), la provision d'informations (INFO) ou soutien à la compétence et l'implication dans les relations (CAR) ou besoin d'appartenance. Le répondant indique à quelle fréquence son thérapeute, dans l'ensemble, émet les comportements présentés dans les énoncés. Un score de 1 indique une fréquence nulle tandis qu'un score de 7 indique une fréquence maximale. Les coefficients de cohérence interne sont de 0,71 pour le soutien à l'autonomie, de 0,89 pour le soutien à la compétence et de 0,87 pour l'implication dans les relations. La structure factorielle de l'instrument a été démontrée par une analyse confirmatoire. Les coefficients alpha obtenus avec l'échantillon de l'étude sont de 0,83 pour le soutien à l'autonomie, de 0,78 pour le soutien à la compétence et de 0,64 pour l'implication dans les relations.

Intention de poursuivre la thérapie

Ce questionnaire est une adaptation de Pelletier et al. (1995) qui évalue les intentions du client quant à la poursuite (conséquence comportementale positive) du processus thérapeutique. Le questionnaire comprend quatre énoncés pour lesquels le répondant doit évaluer, sur une échelle en sept points de type Likert, son intention de poursuivre ou non la thérapie (p. ex., « *Je prévois demeurer en thérapie jusqu'à ce que mon thérapeute et moi décidions que la thérapie n'est plus nécessaire* »; alpha 0,72). Un score de 1 (« Ce n'est pas du tout mon intention ») indique que le client n'a pas du tout l'intention de poursuivre la thérapie alors qu'un score de 7 (« C'est exactement mon intention ») indique que le client a l'intention de poursuivre. Pour la présente recherche, le coefficient alpha est de 0,69.

Satisfaction

Le niveau de satisfaction en regard du service psychologique reçu était évalué à l'aide de 8 items (alpha de 0,72) adaptés d'un questionnaire développé et validé par Larsen, Attikinsson, Hargreaves et Nguyen (1979) et utilisé par Pelletier et al. (1997) lors de l'élaboration de la version originale anglaise. Le répondant évalue son degré de satisfaction quant à la qualité des services psychologiques reçus sur une échelle en quatre points de type Likert. Le coefficient alpha obtenu avec l'échantillon de cette recherche est de 0,90.

Perception de contrôle

La perception du lieu de contrôle (interne et externe) est évaluée par une adaptation faite par Pelletier et al. (1997) du « Internality, Powerful Others, and Chance scale » (IPC Scale) (Levenson, 1981). Le IPC Scale a été élaboré suite à une révision du Rotter's I-E Scale (Rotter, 1966, 1971, 1975). Le questionnaire contient 21 items cotés selon une échelle en six points de type Likert allant de 1 (« Ne correspond pas du tout ») à 6 (« Correspond exactement »). Le test mesure trois dimensions de la perception de contrôle : l'internalité (I) (8 items, alpha 0,77), le pouvoir des autres (P) (8 items, alpha 0,77) et la chance (C) (8 items, alpha 0,78). Le répondant indique, dans l'ensemble, dans quelle mesure il a l'impression d'avoir du contrôle sur sa vie ou encore d'être contrôlé par des événements extérieurs (p. ex., «*Ma vie est en grande partie contrôlée par des événements accidentels* »). Dans cette étude les coefficients alpha obtenus pour les trois dimensions de la perception de contrôle sont de 0,56 pour l'internalité (I), de 0,80 pour le pouvoir des autres (P) et de 0,77 pour la chance (C).

L'Échelle d'estime de soi de Rosenberg (EES)

L'estime de soi était mesurée à l'aide de la version française du « Self-Esteem Scale » (Rosenberg, 1965) traduite et validée par Vallières et Vallerand (1990). L'EES est un instrument de nature unidimensionnelle, construit à partir d'une perception phénoménologique de l'estime de soi et qui permet de capter la perception globale des

sujets quant à leur valeur propre. Cet instrument permet d'évaluer à quel point l'individu se considère généralement comme une personne de valeur ayant une attitude positive envers elle-même et possédant un certain nombre de qualités. L'instrument comprend 10 items ($\alpha = 0,89$) qui sont évalués selon une échelle de cinq points de type Likert allant de 1 (« Ne correspond pas du tout ») à 5 (« Correspond exactement »). Un coefficient alpha de 0,90 est obtenu avec notre échantillon.

L'échelle de satisfaction de vie (ESAV)

L'ESAV est un instrument conçu par Diener, Emmons, Larsen et Griffin (1985) et validé en français par Blais, Vallerand, Pelletier et Brière (1989). L'instrument comprend cinq items qui incitent le répondant à porter une évaluation globale sur sa vie. Pour chacun des items, les répondants devaient indiquer leur degré d'accord ou de désaccord en utilisant une échelle en sept points où 1 signifie (« Fortement en désaccord ») et 7 (« Fortement en accord »). Cet instrument démontre également un coefficient de cohérence interne de 0,85 et possède une structure factorielle à un seul facteur qui explique 60 % de la variance. Le résultat obtenu avec notre échantillon est un alpha de 0,88.

L'Inventaire de dépression de Beck (BDI)

La version française du Beck Depression Inventory (Beck, Ward, Mendelson, Moch & Erbauch, 1961; Byrne & Baron, 1994) mesure les symptômes dépressifs à

Chicoutimi (UQAC), du Service aux étudiants de l'UQAC et du CEGEP de Jonquière, du CLSC du Grand Chicoutimi, du Complexe Hospitalier de la Sagamie ainsi que plusieurs cliniques privées. La cueillette des données s'est déroulée entre les mois de janvier 2003 et avril 2004.

Les thérapeutes qui acceptaient de participer à l'étude devaient informer leurs clients de la présente recherche et vérifier leur intérêt à y participer. Pour ce faire, les thérapeutes recevaient une enveloppe pré affranchie contenant une feuille explicative, le questionnaire ainsi que deux formulaires de consentement : un pour le thérapeute et un pour le client. Les Appendices F et G présentent respectivement les documents relatifs aux formulaires de consentement. Le thérapeute devait lire la feuille de directives au client puis lui remettre le questionnaire afin qu'il le complète à la maison. Les directives étaient donc présentées verbalement et par écrit sur la première page du questionnaire. Celles-ci indiquaient aux participants notre intérêt à mieux comprendre l'influence de certains facteurs sur l'efficacité thérapeutique et que pour ce faire nous devions d'abord procéder à la validation de certains instruments de mesure. Il était demandé aux participants de lire attentivement chacun des énoncés et d'indiquer, à l'aide d'une échelle en 7 points où 1 signifie (Ne correspond pas du tout) et 7 (Correspond exactement), dans quelle mesure chacun de ces énoncés correspondaient le mieux aux raisons pour lesquelles ils étaient actuellement en thérapie. Il était clairement spécifié aux participants qu'il n'y avait pas de bonnes ou de mauvaises réponses mais que nous étions intéressés à connaître leurs opinions personnelles. Enfin, les directives

soulignaient que les réponses données par les participants ne serviraient qu'à des fins de recherche et qu'elles demeuraient strictement confidentielles. Il était clairement précisé que les thérapeutes n'auraient jamais accès aux résultats des tests. Cette précision s'avérait importante puisque le questionnaire comprenait des énoncés relatifs à la perception du client de la relation thérapeutique ainsi que du style interpersonnel du thérapeute. Dans le but de préserver la confidentialité et d'inciter les clients à répondre le plus honnêtement possible, aucune donnée nominative n'apparaissait sur le questionnaire et le formulaire de consentement n'était pas attaché au questionnaire. Afin de respecter les conditions de passation utilisées par Pelletier et al., (1997) lors de la validation de la version originale anglaise, les participants répondaient au questionnaire de façon individuelle à la maison puis le retournaient ensuite par la poste dans une enveloppe pré affranchie. Le temps moyen prévu pour répondre au questionnaire était d'environ cinquante minutes pour la version longue et de dix minutes pour la version courte.

Devis de recherche

Cette recherche s'inscrit dans le cadre d'une recherche de développement où l'objectif est d'utiliser les connaissances existantes dans le but de rendre disponible un instrument de mesure valide et fidèle de la motivation du client face au processus thérapeutique. Il s'agit d'un devis de recherche corrélationnel de type exploratoire. Les différents items de l'échelle de mesure se regroupent sous des construits distincts

correspondant à des facteurs qui eux représentent différentes dimensions du construit plus global de la motivation (p. ex., la motivation intrinsèque, la motivation extrinsèque et l'amotivation).

Résultats

Ce chapitre décrit d'abord les résultats des analyses factorielles exploratoires de l'EMCT auprès d'une population clinique adulte du Saguenay Lac St-Jean. Outre la structure factorielle et l'homogénéité des différentes sous-échelles, la validité de construit de l'instrument et les relations entre les différents types de motivation et les antécédents et conséquences motivationnels de même qu'avec divers construits psychologiques seront également examinés. Ensuite, les mêmes analyses sont reprises à partir de la répartition des items dans les sous-échelles telle que proposée par Pelletier et al. (1997) lors de l'élaboration de la version originale de l'échelle (CMOTS).

Structure factorielle

Pour les fins de la présente étude, les données recueillies auprès d'une population clinique en cours de processus thérapeutique ont été soumises à une analyse factorielle de type exploratoire utilisant la méthode de vraisemblance maximale (maximum likelihood) avec le logiciel SPSS.

Indices d'adéquation de la solution globale

Au départ, les données recueillies ont été soumises aux tests de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) et de sphéricité de Bartlett. Ces différents indices

d'adéquation de la solution permettent de vérifier la pertinence de réaliser une analyse factorielle sur les données obtenues dans cette étude.

Dans l'ensemble, les résultats aux tests d'adéquation de la solution globale sont satisfaisants. La mesure d'adéquation de l'échantillonnage de Kaiser-Meyer-Olkin s'avère bien pour l'ensemble de la matrice (0,748) et les indices KMO varient entre bien (0,64) et très bien (0,88) pour chacun des items du questionnaire. De plus, le déterminant de la matrice est adéquat ($R = 0$) ce qui indique l'absence d'une matrice singulière. Le test de sphéricité de Bartlett ($\chi^2 (253) = 1038,495, p < 0,001$) révèle que la matrice utilisée n'est pas non plus une matrice d'identité ce qui permet de rejeter l'hypothèse nulle selon laquelle toutes les corrélations sont égales à zéro.

Structure factorielle de l'EMCT auprès d'une population clinique

Le Tableau 4 présente les résultats de l'analyse factorielle de l'EMCT. Une analyse factorielle exploratoire à rotation oblique de type vraisemblance maximale (maximum likelihood) a été réalisée sur 23 des 24 items du questionnaire. L'item 10 du questionnaire a été exclu par manque de variance commune. Le critère du test d'accumulation de Catell suggère une structure à 4 facteurs alors que le critère de Kaiser, qui se fait à l'aide de l'examen des « eigenvalues » (ou valeurs propres), suggère une structure à 7 facteurs.

Tableau 4

Analyse factorielle exploratoire de l'EMCT
auprès d'une population clinique adulte

Item	<u>F6</u> MI	<u>F1</u> RIT	<u>F4</u> RID	<u>F5</u> RIJ	<u>F2</u> RE	<u>F3</u> AM
Motivation intrinsèque (MI)						
Item 3 – Pour le plaisir que je ressens lorsque je suis complètement absorbé dans une séance de thérapie.	<u>-0,750</u>	-0,045	-0,072	-0,016	0,038	0,056
Item 4 – Pour la satisfaction que j'éprouve lorsque j'essaie d'atteindre mes objectifs personnels en cours de thérapie.	<u>-0,624</u>	0,006	0,085	-0,009	-0,006	-0,020
Item 12 – Parce que je ressens du plaisir et de la satisfaction à apprendre de nouvelles choses de moi que je ne connaissais pas auparavant.	<u>-0,457</u>	<u>0,378</u>	0,069	0,015	-0,008	-0,070
Item 16 – Pour l'intérêt que j'ai à mieux me comprendre.	-0,269	<u>0,441</u>	0,199	0,132	-0,089	0,043
Régulation intégrée (RIT)						
Item 17 – Parce qu'à travers la thérapie, j'ai pu trouver une façon privilégiée pour aborder différents aspects de ma vie.	-0,172	<u>0,649</u>	0,011	0,210	0,031	0,015
Item 18 – Parce qu'à travers la thérapie, je sens que je peux maintenant prendre la responsabilité de faire des changements dans ma vie.	-0,114	<u>0,717</u>	0,100	-0,062	-0,021	0,059
Item 23 – Parce que je sens que les changements qui se produisent grâce à la thérapie deviennent partie intégrante de moi.	0,025	<u>0,880</u>	-0,136	-0,207	-0,028	-0,053
Item 24 – Parce que j'apprécie la façon dont la thérapie me permet de faire des changements dans ma vie.	0,079	<u>0,735</u>	0,028	0,086	0,063	0,066
Régulation identifiée (RID)						
Item 6 – Parce que j'aimerais apporter des changements à ma situation actuelle.	-0,012	-0,076	<u>0,786</u>	-0,163	-0,037	-0,054
Item 7 – Parce que je crois que cela me permettra éventuellement de me sentir mieux.	-0,076	0,101	<u>0,591</u>	-0,063	-0,077	-0,098
Item 15 – Parce que je crois que la thérapie me permettra de mieux faire face aux événements.	0,044	<u>0,360</u>	<u>0,300</u>	0,052	0,057	-0,026
Item 20 – Parce que je crois que c'est une bonne chose à faire pour trouver des solutions à mes problèmes.	-0,023	0,016	<u>0,676</u>	0,076	0,089	0,130
Régulation introjectée (RIJ)						
Item 5 – Parce que je me sentirais coupable de ne rien faire pour résoudre mes problèmes.	-0,018	0,005	0,157	<u>-0,365</u>	0,035	<u>0,305</u>
Item 9 – Parce que je me sentirais mal face à moi-même de ne pas poursuivre la thérapie.	-0,020	0,012	0,184	<u>-0,605</u>	0,094	0,122
Item 19 – Parce qu'il est important pour les clients de demeurer en thérapie jusqu'à ce que ce soit terminé.	0,086	0,098	0,126	0,010	0,023	<u>0,527</u>

Tableau 4
Analyse factorielle exploratoire de l'EMCT
auprès d'une population clinique adulte (suite)

Item	<u>F6</u> MI	<u>F1</u> RIT	<u>F4</u> RID	<u>F5</u> RIJ	<u>F2</u> RE	<u>F3</u> AM
Régulation externe (RE)						
Item 1 – Parce que d'autres personnes pensent que c'est une bonne idée pour moi d'être en thérapie.	0,003	0,011	0,093	0,177	<u>0,503</u>	0,189
Item 11 – Parce que mes amies pensent que je devrais être en thérapie.	-0,041	0,077	-0,060	-0,158	<u>0,841</u>	-0,112
Item 21 – Pour satisfaire mes proches qui veulent que j'obtienne de l'aide pour ma situation actuelle.	-0,099	-0,100	0,040	0,243	<u>0,562</u>	0,273
Item 22 – Parce que je ne veux pas contrarier mes proches qui veulent que je sois en thérapie.	0,049	0,001	-0,041	-0,129	<u>0,932</u>	-0,130
Amotivation (AM)						
Item 2 – Honnêtement, je ne comprends vraiment pas ce que je peux retirer de la thérapie.	-0,115	0,081	-0,111	-0,083	0,031	<u>0,593</u>
Item 8 – J'ai déjà eu de bonnes raisons d'aller en thérapie, toutefois je me demande maintenant si je ne devrais pas arrêter.	-0,052	-0,128	-0,186	<u>-0,311</u>	0,071	<u>0,337</u>
Item 13 – Je me demande ce que je fais en thérapie, en fait, je trouve cela ennuyant.	-0,113	-0,103	-0,062	-0,250	0,132	<u>0,546</u>
Item 14 – Je ne sais pas, je n'y ai jamais vraiment pensé auparavant.	-0,055	-0,087	-0,059	0,041	0,010	<u>0,749</u>
Eigenvalues	0,69	4,08	1,21	0,79	3,55	1,51
% de variance expliquée	3,0	17,7	5,2	3,4	15,4	6,6

Note. MI = Motivation intrinsèque. RIT = Régulation intégrée. RID = Régulation identifiée. RIJ = Régulation introjectée. RE = Régulation externe. AM = Amotivation.

Seules les saturations d'items supérieures à 0,30 sont soulignées.

L'item 10 n'a pas été retenu par l'analyse factorielle en raison d'un manque de variance commune.

Toutefois, la solution à 6 facteurs a été privilégiée en regard de la meilleure capacité à interpréter les facteurs extraits. Ces 6 facteurs permettent d'expliquer 51,42 % de la variance totale de l'instrument.

Dans l'ensemble, les résultats obtenus avec l'EMCT sont comparables aux résultats obtenus lors de la validation de la version originale anglaise (CMOTS). Le premier facteur explique à lui seul 17,7 % de la variance et se compose des items relatifs à la régulation intégrée (RIT). Les 4 items relatifs à la sous-échelle de régulation intégrée (RIT-17-18-23-24)aturent adéquatement dans le premier facteur. Cependant, un chevauchement s'observe avec deux items de la sous-échelle de motivation intégrée (MI) dont l'item 12 qui sature à la fois dans le deuxième (RIT) et le sixième facteur (MI). L'item 16, qui devait faire partie de la sous-échelle MI sature uniquement sur le facteur de régulation intégrée. Les résultats indiquent également un chevauchement avec l'item 15 de la sous-échelle de régulation identifiée (« *Parce que je crois que la thérapie me permettra de mieux faire face aux événements* ») saturant à la fois sur le deuxième (RIT) et le quatrième facteur (RID).

Le deuxième facteur obtenu explique 15,4 % de la variance et se compose des items relatifs à la sous-échelle de régulation externe (RE-1-11-21-22). Chacun des items obtient un coefficient de saturation supérieur à 0,30, reproduisant parfaitement la sous-échelle de régulation externe.

Quant au troisième facteur produit, il explique 6,6 % de la variance et se compose des quatre items relatifs à l'amotivation (AM-2-8-13-14). L'item 19 (« *Parce qu'il est important pour les clients de demeurer en thérapie jusqu'à ce que ce soit terminé* »), qui devait normalement se retrouver dans la sous-échelle RIJ, se retrouve

associé à la sous-échelle AM. De plus, l'item 5 sature à la fois sur le facteur AM et le facteur RIJ, où il devait se retrouver.

Le quatrième facteur explique pour sa part 5,2 % de la variance et se compose des items de régulation identifiée (RID-6-7-15-20), malgré un chevauchement de l'item 15 qui sature à la fois dans le facteur associé à la sous-échelle RID et dans le facteur correspondant à la sous-échelle de régulation intégrée. Pour les fins d'interprétation de la structure factorielle, il sera conservé dans la sous-échelle de régulation identifiée.

Le pourcentage de variance expliqué par le cinquième facteur est de 3,4 % et devait se composer des items de régulation introjectée (RIJ-5-9-10-19). Cependant, l'item 10 a été exclu de l'analyse par manque de variance commune avec les autres items et l'item 19 sature dans la sous-échelle correspondant à l'amotivation. Ainsi, seuls les items 5 et 9 forment le facteur associé à la sous-échelle RIJ, bien que l'item 5 chevauche également le facteur AM.

Finalement, le sixième facteur explique 3,0 % de la variance et devait se composer des items relatifs à la motivation intrinsèque (MI-3-4-12-16). Toutefois, l'item 16 ne sature que faiblement dans le facteur six (-0,269) et obtient un coefficient de saturation plus élevée dans le deuxième facteur qui correspond à la motivation intégrée. Un chevauchement est observé avec l'item 12 (*« Parce que je ressens du plaisir et de la satisfaction à apprendre de nouvelles choses de moi que je ne connaissais pas*

auparavant ») qui sature à la fois dans la motivation intrinsèque et dans la régulation intégrée. Toutefois, le coefficient de saturation est plus élevé pour le facteur correspondant à la sous-échelle de motivation intrinsèque.

La structure factorielle issue de cette analyse sera utilisée pour répartir les items en fonction des sous-échelles de motivation servant aux analyses subséquentes. Par conséquent, les items associés à la motivation intrinsèque (MI-3-4-12), à la régulation intégrée (RIT-17-18-23-24-16), à la régulation identifiée (RID-6-7-15-20), à la régulation introjectée (RIJ-5-9), à la régulation externe (RE-1-11-21-22) ainsi qu'à l'amotivation (AM-2-8-13-14-19) ont été regroupés sous forme de moyennes afin de former les sous-échelles de l'EMCT.

Cohérence interne

La cohérence interne des sous-échelles de l'EMCT a été mesurée à l'aide de l'alpha de Cronbach. Les résultats sont présentés au Tableau 5 (diagonale). Les résultats indiquent un alpha de 0,67 pour la sous-échelle de motivation intrinsèque, de 0,85 pour la régulation intégrée, de 0,72 pour la régulation identifiée, de 0,60 pour la régulation introjectée, de 0,82 pour la régulation externe et enfin un alpha de 0,74 pour l'amotivation.

Tableau 5

Coefficients alpha (diagonale) et corrélations de Pearson (triangle inférieur) entre les sous-échelles de l'EMCT

	MI	RIT	RID	RIJ	RE	AM
Motivation intrinsèque (1)	(0,67)					
Régulation intégrée (2)	0,44***	(0,85)				
Régulation identifiée (3)	0,25**	0,45***	(0,72)			
Régulation introjectée (4)	0,15	-0,02	0,20*	(0,60)		
Régulation externe (5)	0,11	-0,06	0,03	0,22*	(0,82)	
Amotivation (6)	0,08	-0,22*	-0,09	0,39***	0,40***	(0,74)

Note. MI = Motivation intrinsèque. RIT = Régulation intégrée. RID = Régulation identifiée. RIJ = Régulation introjectée. RE = Régulation externe. AM = Amotivation.

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

Ces coefficients démontrent une bonne consistance interne et appuient la fidélité des six sous-échelles de motivation. La sous-échelle de la régulation introjectée démontre le niveau de cohérence interne le plus faible, ce qui est tout de même acceptable compte tenu du faible nombre d'items dans cette sous-échelles (2 items). Pour sa part, la sous-échelle de régulation intégrée obtient le niveau de cohérence interne le plus élevé.

Évaluation de la validité de construit

L'évaluation de la validité de construit de l'EMCT a été réalisée de trois façons. Dans un premier temps, des analyses de corrélations de Pearson entre les six sous-échelles ont été réalisées. Ensuite, les sous-échelles de l'EMCT ont été mises en

liens avec différents construits représentant des antécédents et des conséquences de la motivation, de même qu'avec divers construits psychologiques. Finalement, les différences de genre sur les moyennes obtenues aux sous-échelles de l'EMCT ont été vérifiées.

Corrélations entre les six sous-échelles de l'EMCT

Afin de vérifier la présence d'un continuum d'autodétermination des corrélations de Pearson ont été réalisées entre les six sous-échelles de l'EMCT. Tel que mentionné précédemment, l'analyse des corrélations devrait démontrer la présence d'un patron d'intercorrélation de type simplex où les corrélations positives les plus fortes devraient se retrouver entre les motivations les plus proches sur le continuum. Le coefficient de corrélation devrait diminuer d'intensité entre les motivations les plus éloignées pour devenir de plus en plus négatives. La matrice de corrélation est illustrée au Tableau 5 (triangle inférieur).

Globalement, les résultats obtenus appuient la validité d'un continuum d'autodétermination. Les corrélations de Pearson les plus élevées s'observent entre les concepts adjacents du continuum (p. ex., motivation intrinsèque et motivation intégrée). Inversement, les concepts les plus éloignés sur le continuum obtiennent des coefficients moins élevés ou négatifs (p. ex., la régulation intégrée et l'amotivation). Le patron d'intercorrélation démontre cependant quelques déviations. Par exemple, la corrélation

obtenue entre la motivation intrinsèque et la régulation introjectée devrait normalement être inférieure à celle qui est obtenues entre la régulation intégrée et la régulation introjectée. Il en est de même pour les corrélations obtenues entre la motivation intrinsèque et la régulation externe ainsi que l'amotivation où les corrélations attendues devraient être négatives.

Toutefois, l'observation de la matrice de corrélation permet de constater que ces corrélations ne sont pas significatives et que les corrélations significatives appuient la validité d'un continuum d'autodétermination.

Corrélations entre les sous-échelles de l'EMCT et les antécédents de la motivation

Le Tableau 6 présente les corrélations effectuées entre les antécédents de la motivation et chaque sous-échelle de l'EMCT. Il est attendu que les clients présentant un profil motivationnel autodéterminé perçoivent davantage leur thérapeute comme étant supportant, non contrôlant et impliqué dans la relation thérapeutique que les clients présentant un profil motivationnel moins autodéterminé.

Tableau 6
Corrélations de Pearson entre les sous-échelles de l'EMCT
et les antécédents de la motivation

	MI	RIT	RID	RIJ	RE	AM
Attentes envers la thérapie	0,14	0,13	0,37***	0,09	0,01	0,21
ECI Support à l'autonomie	0,23*	0,58***	0,18	-0,26*	-0,22*	-0,48***
ECI Contrôle	-0,02	-0,10	-0,05	0,45***	0,50***	0,50***
ECI Implication relations	0,15	0,43***	0,16	-0,13	-0,11	-0,40***
ECI Incompétence	0,11	-0,14	0,03	0,17	0,28**	0,39***

Note. MI = Motivation intrinsèque. RIT = Régulation intégrée. RID = Régulation identifiée. RIJ = Régulation introjectée. RE = Régulation externe. AM = Amotivation.

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

Les analyses révèlent que l'échelle du support à l'autonomie est corrélée positivement avec les types de motivation autodéterminés (p. ex., la motivation intrinsèque et la régulation intégrée). Inversement, la régulation introjectée, la régulation externe et l'amotivation obtiennent des corrélations négatives avec le support à l'autonomie. L'amotivation obtient la corrélation négative la plus élevée avec le support à l'autonomie, ce qui appuie les résultats attendus. L'implication dans la relation (CARE) est corrélée positivement avec la régulation intégrée et négativement avec l'amotivation. À l'inverse, les échelles mesurant la perception de contrôle et les sentiments d'incompétence corrélaient positivement avec les types de motivation moins autodéterminés ainsi qu'avec l'amotivation.

Tableau 7

Corrélations de Pearson entre les sous-échelles de l'EMCT
et les conséquences de la motivation

	MI	RIT	RID	RIJ	RE	AM
Intention de poursuivre	0,06	0,23*	0,23*	-0,26*	-0,13	-0,33**
Satisfaction du client	0,19	0,36**	-0,03	-0,38***	-0,09	-0,51***
Sentiments en thérapie						
Sentiments positifs	0,28**	0,33**	0,05	-0,08	0,04	-0,06
Liberté de choix	0,13	0,27*	0,18	-0,45***	-0,32**	-0,54***
Tension	-0,02	-0,11	0,11	0,15	0,17	0,24*
Distraction	-0,19	-0,07	-0,06	0,32**	0,14	0,26*

Note. MI = Motivation intrinsèque. RIT = Régulation intégrée. RID = Régulation identifiée. RIJ = Régulation introjectée. RE = Régulation externe. AM = Amotivation.

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

Corrélations entre les sous-échelles de l'EMCT et les conséquences de la motivation

Le Tableau 7 présente les résultats des analyses corrélationnelles entre les sous-échelles de l'EMCT et les conséquences de la motivation. Les analyses révèlent que la satisfaction du client envers le processus thérapeutique est significativement plus élevée lorsque le type de motivation est autodéterminé. Les émotions positives associées à la thérapie telles que les sentiments positifs et le sentiment de pouvoir faire des choix obtiennent également des corrélations positives pour les motivations autodéterminées et des corrélations négatives pour les motivations plus éloignées sur le continuum. Les émotions négatives comme la tension et la distraction cognitive obtiennent des corrélations positives significativement plus élevées avec l'amotivation.

Tableau 8
Corrélations de Pearson entre les sous-échelles de l'EMCT
et les construits psychologiques

	MI	RIT	RID	RIJ	RE	AM
Satisfaction de vie	0,16	0,05	-0,02	-0,01	0,01	-0,13
Estime de soi	-0,06	-0,09	-0,24*	-0,14	-0,21*	-0,22*
Dépression	0,03	-0,01	0,20	0,15	0,18	0,09
Lieu de contrôle interne	0,17	0,10	-0,07	-0,13	-0,13	-0,18
Contrôle par les autres (externe)	0,06	0,06	0,17	0,17	0,35**	0,27*
Contrôle par la chance (externe)	0,06	-0,04	0,17	0,37***	0,27*	0,27*

Note. MI = Motivation intrinsèque. RIT = Régulation intégrée. RID = Régulation identifiée. RIJ = Régulation introjectée. RE = Régulation externe. AM = Amotivation.

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

Corrélations entre les sous-échelles de l'EMCT et les construits psychologiques

Le Tableau 8 présente les corrélations de Pearson obtenues entre les différentes sous-échelles de l'EMCT et certains construits psychologiques. Il est attendu que les types de motivation davantage autodéterminés (motivation intrinsèque, régulation intégrée et régulation identifiée) soient associés positivement au bien-être psychologique tandis que les types de motivation non autodéterminés (régulation introjectée, régulation externe et amotivation) seraient associés au bien-être psychologique de façon faible ou négative.

Les résultats ne démontrent que peu de liens significatifs entre les échelles de motivation autodéterminées et les construits psychologiques. En effet, seule la régulation identifiée est liée négativement à l'estime de soi. Pour les sous-échelles de motivation intrinsèque et de régulation intégrée, aucune corrélation ne s'est révélée significative.

Par contre, les types de motivation non autodéterminés entretiennent davantage de liens avec les différents construits psychologiques étudiés. D'abord, la régulation introjectée, la régulation externe et l'amotivation sont corrélées positivement avec le lieu de contrôle externe (la chance). De plus, la régulation externe et l'amotivation sont corrélées négativement avec l'estime de soi et positivement avec le lieu de contrôle externe (les autres). Ces corrélations vont dans le sens des résultats attendus.

Effet du genre sur les moyennes obtenues aux sous-échelles de l'EMCT

Le Tableau 9 présente les moyennes et écart-types de chaque sous-échelle en fonction du sexe, ainsi que pour l'ensemble des répondants. Il est attendu que les femmes possèdent un profil motivationnel plus intrinsèque et donc plus autodéterminé que celui des hommes, qui eux font preuve de plus de régulation externe et d'amotivation que les femmes. Les résultats des analyses révèlent que, contrairement à ce qui était attendu en terme de motivation intrinsèque, les femmes ne présentent pas de scores supérieurs à ceux des hommes.

Tableau 9

Moyenne et écart-type de chaque sous-échelle de l'EMCT en fonction du sexe et pour l'ensemble des répondants

Variables	Femmes ($n = 95$)		Hommes ($n = 31$)		Total ($n = 126$)		t
	M	$ÉT$	M	$ÉT$	M	$ÉT$	
Motivation intrinsèque	3,85	1,42	3,97	1,34	3,88	1,40	0,41
Régulation intégrée	5,70	1,16	5,35	1,07	5,62	1,15	1,47
Régulation identifiée	6,23	0,84	6,15	0,63	6,21	0,79	0,54
Régulation introjectée	2,94	1,75	3,42	1,54	3,06	1,71	1,37
Régulation externe	1,40	0,86	1,75	0,97	1,48	0,90	1,91
Amotivation	1,52	0,77	2,08	1,26	1,66	0,94	2,35*

* $p < 0,05$.

Pour la régulation intégrée, les femmes obtiennent une moyenne qui est légèrement supérieure à celle des hommes mais non significative. Pour la régulation introjectée et la régulation externe, les moyennes obtenues par les hommes sont supérieures à celles des femmes mais n'atteignent pas le seuil de signification. Toutefois, les hommes de l'échantillon présentent un score moyen significativement supérieur à celui des femmes à l'échelle d'amotivation.

Reprise des analyses à partir de la structure originale du CMOTS

Cette section cherche à vérifier la validité de l'utilisation des sous-échelles originales de Pelletier et ses collègues (1997). Ainsi, les items associés par les auteurs à la motivation intrinsèque (MI-3-4-12-16), la régulation intégrée (RIT-17-18-23-24), la régulation identifiée (RID-6-7-15-20), la régulation introjectée (RIJ-5-9-10-19), la

régulation externe (RE-1-11-21-22) ainsi qu'à l'amotivation (AM-2-8-13-14) sont regroupés afin de former les sous-échelles originales de l'EMCT.

Cohérence interne

Les coefficients de cohérence interne des sous-échelles originales de l'EMCT sont présentés au Tableau 10 (diagonale). Globalement, les coefficients alpha apparaissent similaires à ceux obtenus à la suite de l'analyse factorielle, à une exception près. En effet, la cohérence interne obtenue pour la sous-échelle originale de régulation introjectée s'avère sensiblement plus faible ($\alpha = 0,53$) que le coefficient issu de la solution factorielle ($\alpha = 0,62$). Il est possible que la présence de l'item 10, qui partage peu de variance commune avec les autres items de la sous-échelle influence à la baisse la cohérence interne de l'échelle. Cependant, les sous-échelles de la version originale, tout comme celles de la solution factorielle, démontrent une bonne consistance interne appuyant la fidélité de l'instrument.

Corrélations entre les six sous-échelles originales de l'EMCT

Afin de faire la vérification de la validité de construit, une matrice de corrélation entre les sous-échelles originales de l'EMCT a également été calculée. Les résultats sont présentés au Tableau 10 (triangle inférieur) et appuient la présence du continuum d'autodétermination.

Tableau 10

Coefficients alpha (diagonale) et corrélations de Pearson (triangle inférieur)
pour les sous-échelles originales de l'EMCT

	MI	RIT	RID	RIJ	RE	AM
Motivation intrinsèque (1)	(0,69)					
Régulation intégrée (2)	0,52***	(0,84)				
Régulation identifiée (3)	0,34***	0,42***	(0,72)			
Régulation introjectée (4)	0,18*	0,10	0,30**	(0,53)		
Régulation externe (5)	0,06	-0,03	0,03	0,26**	(0,82)	
Amotivation (6)	0,02	-0,22*	-0,09	0,38***	0,40***	(0,76)

Note. MI = Motivation intrinsèque. RIT = Régulation intégrée. RID = Régulation identifiée. RIJ = Régulation introjectée. RE = Régulation externe. AM = Amotivation.

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

En effet, l'analyse des corrélations révèle des liens positifs plus forts entre les motivations les plus proches sur le continuum (p. ex., motivation intrinsèque et régulation intégrée) et de même que des coefficients de corrélation non significatifs entre les motivations les plus éloignées (p. ex., motivation intrinsèque et amotivation).

Corrélations entre les sous-échelles de l'EMCT et les antécédents de la motivation

Des corrélations de Pearson ont permis d'observer les liens entre les antécédents de la motivation et chacune des sous-échelles originales de l'EMCT. De façon générale, les corrélations présentées au Tableau 11 apparaissent très semblables à celles retrouvées en utilisant les sous-échelles issues de l'analyse factorielle de notre échantillon. Toutefois, quelques différences émergent entre les deux matrices de corrélation.

Tableau 11

Corrélations de Pearson entre les sous-échelles originales de l'EMCT
et les antécédents de la motivation

	MI	RIT	RID	RIJ	RE	AM
Attentes envers la thérapie	0,17	0,10	0,37***	0,24*	0,01	0,21*
ECI Support à l'autonomie	0,30**	0,59***	0,18	-0,19	-0,22*	-0,48***
ECI Contrôle	-0,04	-0,09	-0,05	0,43***	0,50***	0,50***
ECI Implication relations	0,21	0,44***	0,16	-0,04	-0,11	-0,40***
ECI Incompétence	0,07	-0,15	0,03	0,13	0,28**	0,39***

Note. MI = Motivation intrinsèque. RIT = Régulation intégrée. RID = Régulation identifiée. RIJ = Régulation introjectée. RE = Régulation externe. AM = Amotivation.

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

Lorsque la structure originale de Pelletier et ses collègues (1997) est utilisée, des liens positifs significatifs apparaissent entre les attentes envers la thérapie et la régulation introjectée de même qu'entre les attentes envers la thérapie et l'amotivation. Au contraire, en utilisant les sous-échelles originales, la régulation introjectée n'est plus reliée significativement à la sous-échelle de support à l'autonomie.

Corrélations entre les sous-échelles de l'EMCT et les conséquences de la motivation

Au Tableau 12, les sous-échelles originales élaborées par Pelletier et al. (1997) sont mises en lien avec les variables qui représentent les conséquences de la motivation.

Tableau 12

Corrélations de Pearson entre les sous-échelles originales de l'EMCT
et les conséquences de la motivation

	MI	RIT	RID	RIJ	RE	AM
Intention de poursuivre	0,10	0,23*	0,23*	-0,16	-0,13	-0,33**
Satisfaction du client	0,20	0,39**	-0,03	-0,32***	-0,09	-0,51***
Sentiments en thérapie						
Sentiments positifs	0,30**	0,34**	0,05	-0,08	0,04	-0,06
Liberté de choix	0,14	0,29**	0,18	-0,41***	-0,32**	-0,54***
Tension	-0,02	-0,12	0,11	0,20	0,17	0,24*
Distraction	-0,15	-0,10	-0,06	0,27**	0,14	0,27*

Note. MI = Motivation intrinsèque. RIT = Régulation intégrée. RID = Régulation identifiée. RIJ = Régulation introjectée. RE = Régulation externe. AM = Amotivation.

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

Les résultats permettent de constater que la majorité des liens retrouvés sont comparables à ceux obtenus en utilisant les sous-échelles provenant de la solution factorielle du présent échantillon. En fait, seule la corrélation négative qui existait entre la régulation de type introjectée et l'intention de poursuivre la thérapie n'atteint plus le seuil de signification.

Corrélations entre les sous-échelles de l'EMCT et les construits psychologiques

La matrice de corrélations de Pearson obtenue entre les sous-échelles originales de l'EMCT et les construits psychologiques à l'étude est présentée au Tableau 13. Tel qu'attendu, la majorité des liens retrouvés correspondent à ceux existant entre les construits psychologiques et les sous-échelles découlant de l'analyse factorielle.

Tableau 13

Corrélations de Pearson entre les sous-échelles originales de l'EMCT
et les construits psychologiques

	MI	RIT	RID	RIJ	RE	AM
Satisfaction de vie	0,15	0,05	-0,02	-0,04	0,00	-0,13
Estime de soi	-0,06	-0,10	-0,24*	-0,17	-0,21*	-0,22*
Dépression	0,02	-0,01	0,20	0,13	0,18	0,09
Lieu de contrôle interne	0,17	0,10	-0,07	-0,11	-0,13	-0,18
Contrôle par les autres (externe)	0,06	0,06	0,17	0,26*	0,35***	0,27*
Contrôle par la chance (externe)	0,03	-0,03	0,17	0,38***	0,27*	0,27*

Note. MI = Motivation intrinsèque. RIT = Régulation intégrée. RID = Régulation identifiée. RIJ = Régulation introjectée. RE = Régulation externe. AM = Amotivation.

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

Ainsi, le fait d'utiliser les sous-échelles originales de Pelletier et ses collègues (1997) permet d'obtenir les mêmes associations avec les variables d'estime de soi, de dépression et de lieu de contrôle que lorsque les sous-échelles issues de l'analyse factorielle sont utilisées.

Effet du genre sur les moyennes obtenues aux sous-échelles de l'EMCT

Enfin, une dernière comparaison entre les sous-échelles originales de l'EMCT et celles issues de la solution factorielle implique les différences de genre.

Tableau 14

Moyenne et écart-type de chaque sous-échelle originale de l'EMCT
en fonction du sexe et pour l'ensemble des répondants

Variables	Femmes ($n = 95$)		Hommes ($n = 31$)		Total ($n = 126$)		t
	M	$\acute{E}T$	M	$\acute{E}T$	M	$\acute{E}T$	
Motivation intrinsèque	4,42	1,25	4,37	1,20	4,41	1,23	0,19
Régulation intégrée	5,60	1,23	5,30	1,08	5,53	1,20	1,22
Régulation identifiée	6,23	0,84	6,15	0,63	6,21	0,79	0,54
Régulation introjectée	3,66	1,30	4,06	1,23	3,75	1,29	1,52
Régulation externe	1,40	0,86	1,75	0,97	1,48	0,90	1,91
Amotivation	1,52	0,77	2,08	1,26	1,66	0,94	2,35*

* $p < 0,05$.

Les moyennes et écart-types des sous-échelles originales en fonction du sexe sont présentés en détails au Tableau 14. Les analyses de comparaisons de moyennes révèlent que les hommes et les femmes ne diffèrent pas sur l'ensemble des sous-échelles, sauf pour l'amotivation où les hommes ont un score moyen supérieur à celui des femmes. Ces résultats reproduisent ceux présentés précédemment.

Analyses exploratoires

Cette section présente les analyses de corrélations de Pearson obtenues entre les scores totaux de l'EMCT et les antécédents et conséquences de la motivation ainsi qu'entre les score totaux de l'EMCT et les différents construits psychologiques. Comme il est possible de calculer un score global de motivation autodéterminée ainsi qu'un score de motivation autodéterminée et un score de motivation non autodéterminée, il

semblait intéressant de vérifier si, à titre exploratoire, les liens obtenus avec ces scores étaient comparables à ceux obtenus avec les différentes sous-échelles. De plus, ces analyses seront conduites séparément pour l'EMCT avec les sous-échelles issues de l'analyse factorielle de la présente étude ainsi que pour l'EMCT avec les sous-échelles originales de Pelletier (1997).

La façon de calculer le score global de motivation est la suivante : (3 X le score de motivation intrinsèque) + (2 X le score de régulation intégrée) + (1 X le score de régulation identifiée) – (1 X le score de régulation introjectée) – (2 X le score de régulation externe) – (3 X le score d'amotivation). Pour le score de motivation autodéterminée le calcul se fait en additionnant les scores moyens des sous-échelles de motivation intrinsèque, de régulation intégrée et de régulation identifiée, tandis que le score de motivation non autodéterminée se calcule en additionnant les scores moyens des sous-échelles de régulation introjectée de régulation externe et d'amotivation. Ces formules ont été élaborées par Pelletier et ses collaborateurs (1997) lors de la validation de la version originale anglaise.

Résultats selon la structure factorielle du présent échantillon

Cette première partie présente les résultats calculés à partir de la répartition des items dans les sous-échelles de l'EMCT en fonction de l'analyse factorielle réalisée dans la présente étude.

Tableau 15

Corrélations de Pearson entre les scores totaux de l'EMCT
et les antécédents de la motivation

	Motivation totale	Motivation autodéterminée	Motivation non autodéterminée
Attentes envers la thérapie	0,05	0,24*	0,14
ECI Support à l'autonomie	0,60***	0,43***	-0,40***
ECI Contrôle	-0,44***	-0,07	0,61***
ECI Implication relations	0,43***	0,32**	-0,25*
ECI Incompétence	-0,23*	0,01	0,33**

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

Corrélations de Pearson entre les scores totaux de l'EMCT et les antécédents de la motivation. Le Tableau 15 présente les corrélations effectuées entre les antécédents de la motivation et les scores totaux de l'EMCT issus de l'analyse factorielle. Les résultats démontrent que la motivation (score total) entretient des liens significatifs et positifs avec le support à l'autonomie et avec l'implication dans la relation thérapeutique et qu'elle est corrélée négativement avec la perception de contrôle (sensation d'être contrôlé) et les sentiments d'incompétence. La comparaison des coefficients de Pearson entre la motivation autodéterminée et la motivation non autodéterminée permet de constater que la motivation autodéterminée est corrélée positivement avec les attentes positives envers la thérapie, le support à l'autonomie et l'implication dans la relation thérapeutique. Pour la motivation non autodéterminée, les corrélations obtenues

montrent qu'elle est associée négativement au support à l'autonomie et à l'implication dans la relation thérapeutique et positivement à la perception de contrôle et au sentiment d'incompétence.

Corrélations de Pearson entre les scores totaux de l'EMCT et les conséquences de la motivation. Les conséquences de la motivation ont également été mises en lien avec les scores totaux de motivation dérivés des sous-échelles issues de l'analyse factorielle (voir Tableau 16). Les résultats démontrent qu'il existe un lien significatif entre la motivation globale et les conséquences positives telles que l'intention de poursuivre la thérapie, la satisfaction du client face à la thérapie, les sentiments positifs et le sentiment de pouvoir faire des choix. Inversement, la motivation totale est liée négativement aux sentiments de tension. Quant à la motivation autodéterminée, elle entretient un lien positif avec l'ensemble des conséquences positives de la motivation sauf l'intention de poursuivre, mais avec aucune des conséquences négatives (distraction et tension). Tel qu'attendu, la motivation non autodéterminée est corrélée positivement avec la tension et la distraction et négativement avec l'intention de poursuivre la thérapie, la satisfaction du client et le sentiment de pouvoir faire des choix. La motivation globale du client et la motivation autodéterminée sont donc associées positivement aux différentes conséquences positives et négativement aux conséquences négatives, tandis que le contraire est observé pour la motivation non autodéterminée.

Tableau 16

Corrélations de Pearson entre les scores totaux de l'EMCT
et les conséquences de la motivation

	Motivation totale	Motivation autodéterminée	Motivation non autodéterminée
Intention de poursuivre	0,33**	0,20	-0,32**
Satisfaction du client	0,50***	0,25*	-0,44***
Sentiments en thérapie			
Sentiments positifs	0,29**	0,31**	-0,06
Liberté de choix	0,54***	0,24*	-0,57***
Tension	-0,19	-0,02	0,23*
Distraction	-0,33**	-0,15	0,33**

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

Corrélations entre les scores totaux de l'EMCT et les construits psychologiques.

Les résultats présentés au Tableau 17 démontrent la présence de quelques corrélations significatives entre certains construits psychologiques et les scores totaux de motivation issus des sous-échelles générées par l'analyse factorielle. En fait, la motivation totale est liée positivement avec le lieu de contrôle interne, conformément aux hypothèses de recherche. De plus, la motivation non autodéterminée est reliée à une plus faible estime de soi ainsi qu'à un plus grand lieu de contrôle externe (contrôle par les autres et par la chance). Par contre, pour la motivation autodéterminée aucune corrélation ne s'est avérée significative.

Tableau 17

Corrélations de Pearson entre les scores totaux de l'EMCT
et les construits psychologiques

	Motivation totale	Motivation autodéterminée	Motivation non autodéterminée
Satisfaction de vie	0,15	0,10	-0,05
Estime de soi	0,08	-0,14	-0,24*
Dépression	-0,07	0,07	0,18
Lieu de contrôle interne	0,24*	0,12	-0,19
Contrôle des autres	-0,15	0,11	0,31**
Contrôle chance	-0,21	0,06	0,41***

* $p < 0,05$. ** $p < 0,00$. *** $p < 0,001$.

Score totaux de l'EMCT en fonction du sexe des répondants. Le Tableau 18 présente les moyennes et écart-types des hommes et des femmes sur les différents scores de motivation calculés, de même que pour l'ensemble des répondants. Les résultats révèlent que les femmes obtiennent un score de motivation totale significativement supérieur à celui des hommes appuyant ainsi la thèse selon laquelle elles possèdent un profil motivationnel plus autodéterminé que celui des hommes. Toutefois, le score partiel de motivation autodéterminée pour les femmes, bien que légèrement supérieur à celui des hommes, n'est pas significativement différent de celui des hommes. En effet, c'est plutôt le score de motivation non autodéterminée des hommes qui est significativement supérieur à celui des femmes.

Tableau 18

Moyennes et écart-types des scores totaux de l'EMCT
en fonction du sexe et pour l'ensemble des répondants

Variables	Femmes ($n = 95$)		Hommes ($n = 31$)		Total ($n = 126$)		t
	M	$\acute{E}T$	M	$\acute{E}T$	M	$\acute{E}T$	
Motivation totale	18,90	7,28	15,60	7,67	18,09	7,49	2,16*
Motivation autodéterminée	15,79	2,69	15,47	2,26	15,71	2,58	0,59
Motivation non autodéterminée	5,85	2,51	7,25	2,98	6,20	2,69	2,57**

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

Résultats selon la structure originale de Pelletier et al. (1997)

Cette seconde partie présente les résultats de la solution factorielle de l'EMCT obtenus en conservant les sous-échelles originales proposées par Pelletier.

Corrélations de Pearson entre les scores totaux de l'EMCT et les antécédents de la motivation. Au Tableau 19, les corrélations effectuées entre les antécédents de la motivation et les scores totaux de motivation reposant sur la structure originale de Pelletier et al. (1997) sont présentées. Globalement, les liens significatifs entre les grandes dimensions de la motivation et les antécédents positifs et négatifs de la motivation sont semblables à ceux retrouvés lorsque la structure factorielle issue de cet échantillon est utilisée.

Tableau 19

Corrélations de Pearson entre les scores totaux issus de la structure originale de l'EMCT et les antécédents de la motivation

	Motivation totale	Motivation autodéterminée	Motivation non autodéterminée
Attentes envers la thérapie	0,03	0,24*	0,21*
ECI Support à l'autonomie	0,63***	0,47***	-0,37***
ECI Contrôle	-0,44***	-0,08	0,61***
ECI Implication relations	0,45***	0,35**	-0,22*
ECI Incompétence	-0,25*	-0,03	0,33**

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

Toutefois, le lien entre la motivation non autodéterminée et les attentes envers la thérapie atteint le seuil de signification lorsque les scores originaux de Pelletier sont calculés.

Corrélations de Pearson entre les scores totaux de l'EMCT et les conséquences de la motivation. Les scores totaux originaux de motivation ont également été mis en relation avec les conséquences de la motivation. La matrice de corrélation présentée au Tableau 20 révèle la présence des mêmes liens retrouvés entre ces scores et les conséquences de la motivation qu'avec les scores issus de l'analyse factorielle à une exception près.

Tableau 20

Corrélations de Pearson entre les scores totaux issus de la structure originale de l'EMCT et les conséquences de la motivation

	Motivation totale	Motivation autodéterminée	Motivation non autodéterminée
Intention de poursuivre	0,33**	0,22*	-0,26*
Satisfaction du client	0,50***	0,27*	-0,40***
Sentiments en thérapie			
Sentiments positifs	0,29**	0,32**	-0,05
Liberté de choix	0,54***	0,26*	-0,55***
Tension	-0,20	-0,03	0,26*
Distraction	-0,29**	-0,14	0,30**

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

En effet, lorsque les scores totaux originaux sont utilisés, un lien significatif apparaît entre le score de motivation non autodéterminée et la perception des attentes envers la thérapie.

Corrélations entre les scores totaux de l'EMCT et les construits psychologiques.

La matrice de corrélation présentée au Tableau 21 révèle que les associations significatives entre les scores originaux totaux de la motivation et les construits psychologiques sont les mêmes que celles qui sont retrouvées lorsque la solution factorielle actuelle est utilisée. En effet, seul le lieu de contrôle interne est positivement relié au score global de motivation et aucun construit ne corrèle avec le score de motivation autodéterminée.

Tableau 21

Corrélations de Pearson entre les scores totaux issus de la structure originale de l'EMCT et les construits psychologiques

	Motivation totale	Motivation autodéterminée	Motivation non autodéterminée
Satisfaction de vie	0,15	0,09	-0,07
Estime de soi	0,08	-0,15	-0,26*
Dépression	-0,07	0,07	0,17
Lieu de contrôle interne	0,23*	0,11	-0,18
Contrôle des autres	-0,16	0,11	0,37***
Contrôle chance	-0,21	0,05	0,41***

* $p < 0,05$. ** $p < 0,00$. *** $p < 0,001$.

Quant à la motivation non autodéterminée, elle apparaît associée à une faible estime de soi ainsi qu'à un lieu de contrôle externe (chance et autres).

Score totaux de l'EMCT en fonction du sexe des répondants. La comparaison inter-sexe sur les scores globaux originaux de la motivation est présentée au Tableau 22. Tout comme lorsque les scores provenant de la solution factorielle du présent échantillon sont utilisés, les femmes affichent une motivation totale significativement supérieure à celle des hommes ainsi qu'une motivation non autodéterminée inférieure à celle des hommes.

Tableau 22

Moyennes et écart-types des scores totaux issus de la structure originale de l'EMCT en fonction du sexe et pour l'ensemble des répondants

Variables	Femmes ($n = 95$)		Hommes ($n = 31$)		Total ($n = 126$)		t
	M	$ÉT$	M	$ÉT$	M	$ÉT$	
Motivation totale	19,68	7,04	16,06	7,40	18,79	7,27	2,46*
Motivation autodéterminée	16,25	2,66	15,81	2,22	16,14	2,56	0,83
Motivation non autodéterminée	6,57	2,08	7,89	2,88	6,20	2,36	2,77**

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

En somme, très peu de différences émergent selon que les scores totaux soient calculés à partir des regroupements proposés par Pelletier et al. (1997) ou ceux issus de l'analyse factorielle du présent échantillon. De plus, les liens obtenus vont dans le sens des hypothèses exploratoires et justifient la pertinence d'utiliser les scores globaux de la motivation.

Discussion

Cette dernière section présente une discussion comparant les résultats obtenus dans le cadre de cette étude avec ceux obtenus lors de l'élaboration et de la validation de la version originale anglaise de l'instrument. Plus spécifiquement, ce chapitre se divise en cinq parties. La première partie comprend un bref rappel des principaux objectifs poursuivis dans le cadre de cette recherche. La seconde partie est consacrée à la discussion des principaux résultats obtenus lors de l'analyse factorielle ainsi que ceux portant sur la cohérence interne et la validité de construit de l'instrument. La troisième partie offre une discussion de la reprise des analyses à partir de la structure originale du CMOTS. De plus, la pertinence d'utiliser les scores totaux de motivation sera également discutée dans cette partie. La quatrième section porte sur les implications théoriques et pratiques de cette étude et dégage des pistes pour les recherches futures. À l'intérieur de cette même section, les forces et les limites inhérentes à l'étude seront abordées.

Rappel des objectifs de recherche

L'objectif général de cette recherche était de procéder à la validation de l'EMCT, une nouvelle mesure de la motivation du client face au processus thérapeutique, élaborée selon la théorie de l'autodétermination proposée par Deci et Ryan (1985). Cette théorie

de la motivation humaine propose l'existence de six différents types de motivation qui évoluent selon un continuum croissant d'autodétermination.

Plus spécifiquement, il s'agissait de vérifier la structure factorielle et l'homogénéité des différentes sous-échelles de l'instrument, de vérifier la validité de construit par l'analyse des différentes corrélations entre les sous-échelles de l'EMCT et des variables représentant des antécédents et des conséquences motivationnels de même que les corrélations entre les sous-échelles de l'EMCT et certains construits psychologiques pouvant être associés à la motivation.

Structure factorielle et validité de construit de l'EMCT

Le premier objectif poursuivi par cette recherche visait à examiner la structure factorielle de l'EMCT, version française du CMOTS, auprès d'une population clinique adulte en cours de processus thérapeutique dans la région du Saguenay Lac St-Jean. La solution obtenue à l'aide d'une analyse factorielle de type exploratoire, utilisant la méthode de vraisemblance maximale, a été comparée à la solution obtenue par Pelletier et al. (1997) réalisée à l'aide de la même méthode statistique. Comme à ce jour aucune étude n'a été réalisée avec l'EMCT, aucune autre donnée ne s'avère disponible pour des fins de comparaison.

Structure factorielle de l'EMCT auprès d'une population clinique

Le modèle théorique vérifié empiriquement que propose Pelletier et al. (1997) identifie six facteurs représentant les six types de motivation. Chacun de ces facteurs compte quatre items. En comparant la solution obtenue à partir des données de la présente recherche à celle obtenue par Pelletier et al. (1997), deux constats émergent : d'une part, on observe une répartition similaire des items au sein des six facteurs et des coefficients de saturation significatifs pour la majorité des items ; d'autre part, le pourcentage de variance totale expliqué (51,42%) est toutefois quelque peu inférieur (65,6%) à celui obtenu par Pelletier et al. (1997).

Bien que le pourcentage total de variance expliquée soit plus faible pour notre étude, la répartition des items à l'intérieure des six sous-échelles demeure comparable à celle obtenue lors de l'élaboration de la version anglaise de l'instrument. De plus, pour la majorité des items où l'on observe une migration sur plus d'un facteur, l'item sature pratiquement toujours à la fois dans le bon facteur et à la fois dans un facteur avoisinant du continuum d'autodétermination. Seul un item dévie de son facteur et ne sature pas dans la bonne sous-échelle (introjection vers amotivation), mais il demeure cependant dans la motivation non autodéterminée.

L'analyse factorielle des items de l'EMCT a nécessité que l'item 10 du questionnaire (« *Parce que je devrais avoir une meilleure compréhension de*

moi-même ») soit exclu par manque de variance commune. Ce manque de variance commune amène un doute quant à la pertinence de l'item 10. Il pourrait être possible de le retirer du test ou de le modifier afin d'obtenir un énoncé se rapprochant davantage de la définition de la régulation introjectée et qui présenterait un coefficient de saturation adéquat dans le facteur associé à cette sous-échelle. Lorsque comparé aux autres items de cette sous-échelle, qui réfèrent davantage à des sentiments négatifs et à un lieu de contrôle externe, cet item s'avère problématique car il laisse place à l'interprétation selon que le profil motivationnel du client soit plus ou moins autodéterminé. Ce faisant, il n'est pas étonnant qu'il ne soit pas suffisamment discriminant. Ce manque de variance peut également être attribuable à des problèmes de traduction faisant en sorte que la formulation de l'item amène de l'ambiguïté au niveau de la compréhension.

L'examen de la structure factorielle de l'EMCT permet de constater des modifications dans l'ordre d'importance des facteurs en comparaison avec les résultats obtenus par Pelletier et al. (1997). Le facteur expliquant le plus grand pourcentage de variance est constitué des items relatifs à la motivation intrinsèque (14,5 %) pour Pelletier alors que pour le présent échantillon, le premier facteur est constitué des items relatifs à la régulation intégrée (17,7 %). Des différences dans l'ordre d'importance des facteurs s'observent également pour les autres facteurs. Comme les stratégies d'analyses employées sont les mêmes dans les deux études, il est possible que les variations relatives à l'importance des facteurs puissent être attribuables au contexte d'expérimentation ainsi qu'aux caractéristiques particulières à l'échantillon. D'une part,

la traduction du questionnaire peut modifier la sémantique de certains items, ce qui amène le participant à y répondre différemment. Il est aussi possible que des particularités culturelles existent entre les francophones et les anglophones quant à la compréhension et à l'expression de la motivation. D'autre part, bien que nous ayons sollicité différents milieux afin d'obtenir un échantillon hétérogène, la majorité des répondants ayant accepté de participer à l'étude provenaient de cliniques privées. Ce faisant, il est possible que ce soient les clients présentant des caractéristiques particulières qui ont accepté de répondre au questionnaire, ce qui permet de supposer qu'ils présentent un profil motivationnel particulier où la motivation à régulation intégrée domine.

De plus, il est intéressant d'observer que, dans la présente étude, les deux facteurs qui obtiennent le plus grand pourcentage de variance expliquée sont la régulation intégrée et la régulation externe, deux construits relativement opposés sur le continuum d'autodétermination. Cette polarisation peut s'expliquer par le fait qu'il existe un écart important quant au nombre de séances des participants. Le nombre moyen de séances est de 20,86 (ÉT = 37,89) avec un minimum de 1 séance et un maximum de 260 séances. Cette particularité de l'échantillon pourrait expliquer une distribution biaisée quant au profil motivationnel des répondants et par le fait même les différences avec l'étude de Pelletier et al. (1997).

Les résultats de l'analyse factorielle sur les items de l'EMCT laissent aussi voir que certains items saturent sur plus d'un facteur ou saturent sur un facteur différent de celui attendu. L'item 12 (« *Parce que je ressens du plaisir et de la satisfaction à apprendre de nouvelles choses sur moi que je ne connaissais pas auparavant* ») sature adéquatement dans le facteur attendu (MI) mais sature également, avec un coefficient moins élevé, dans le facteur associé à la sous-échelle de régulation intégrée. Toutefois, comme le concept de motivation intrinsèque et de motivation à régulation intégrée sont des concepts adjacents sur le continuum d'autodétermination, ce chevauchement sur deux facteurs peut être considéré comme une différence mineure. Il en va aussi de même pour l'item 15 (« *Parce que je crois que la thérapie me permettra de mieux faire face aux événements* ») qui sature adéquatement dans le facteur attendu (RID) mais qui obtient un coefficient de saturation légèrement plus élevé dans le facteur associé à la sous-échelle (RIT).

L'item 19 (« *Parce qu'il est important pour les clients de demeurer en thérapie jusqu'à ce que ce soit terminé* ») associé à la sous-échelle de régulation introjectée dans le CMOTS, se retrouve dans le facteur associé à la sous-échelle d'amotivation. La comparaison de cet item avec les autres items constituant la sous-échelle d'amotivation permet de constater que les items 5 et 9 réfèrent davantage à des sentiments négatifs liés à la culpabilité alors que l'item 19 fait référence à l'importance de demeurer en thérapie. Or, si l'on se réfère à la théorie de l'autodétermination, la régulation introjectée caractérise l'individu qui agit pour éviter une conséquence désagréable qu'il s'impose en

se culpabilisant. Il est possible que la traduction de l'item ne permette pas de faire cette nuance ou encore qu'il existe des différences culturelles dans l'interprétation et la compréhension de cet item. Il pourrait être pertinent de revoir cet énoncé de manière à se rapprocher davantage de la définition théorique de la régulation introjectée.

Par contre, l'item 16 (« *Pour l'intérêt que j'ai à mieux me comprendre* ») se retrouve davantage associé à la sous-échelle de régulation intégrée qu'à la sous-échelle de motivation intrinsèque. La définition de la motivation intrinsèque suppose que l'individu pratique une activité pour la satisfaction et le plaisir inhérent à cette activité, il devient alors pertinent de se questionner à savoir si cette définition s'applique bien au contexte thérapeutique. La thérapie offre certes la possibilité de découvrir de nouvelles choses sur soi, mais au prix parfois d'une certaine souffrance. Il est également possible que la formulation de ces items présente des lacunes au niveau de la traduction ne permettant pas aux participants de bien distinguer ces deux concepts. Il est également permis de penser que certaines caractéristiques inhérentes aux particularités de l'échantillon soient à l'origine de ces différences.

De plus, les items peuvent être interprétés et compris différemment en fonction du profil motivationnel des participants. La nature particulière de l'échantillon, notamment le fait qu'il soit davantage constitué de clients provenant de cliniques privées ayant en moyenne 20 séances de thérapie, amène à penser qu'il présente, dès le départ, un profil motivationnel autodéterminée où la motivation intégrée prédomine.

Ceci soulève la pertinence de réaliser de nouvelles études incluant des analyses factorielles auprès d'échantillons différents représentant d'autres portions de la population clinique.

Dans l'ensemble, malgré les quelques divergences et le taux plus faible de variance expliquée, les résultats de l'analyse exploratoire sont comparables à ceux obtenus dans l'étude de Pelletier et al. (1997) et appuient le modèle théorique de l'EMCT auprès d'une population clinique.

Cohérence interne

La cohérence interne des six sous-échelles de l'EMCT, vérifiée à l'aide de l'alpha de Cronbach, montre des résultats satisfaisants, variant 0,60 à 0,85, quoique légèrement inférieurs à ceux obtenus pour le CMOTS qui variaient de 0,70 à 0,92 (Pelletier et al., 1997). La sous-échelle de régulation introjectée obtient le niveau de cohérence interne le plus faible ce qui n'est pas étonnant compte tenu du faible nombre d'items s'y retrouvant (2 items). Le coefficient demeure toutefois acceptable. En effet, l'item 10 a été retiré et l'item 19, qui devrait normalement se retrouver dans cette sous-échelle, sature dans la sous-échelle d'amotivation. Ainsi, dans l'ensemble, ces valeurs satisfaisantes démontrent l'homogénéité des sous-échelles de l'EMCT.

Évaluation de la validité de construit

Corrélations entre les six sous-échelles de l'EMCT

Tel qu'il est précisé dans le contexte théorique, les différents types de motivation devaient se distinguer conceptuellement sur un continuum d'autodétermination. L'étude des corrélations entre les sous-échelles de l'EMCT implique donc la vérification de la présence d'un patron de corrélation de type « simplex ». Les corrélations de Pearson obtenues reproduisent globalement le patron « simplex » attendu selon la théorie de l'autodétermination (Deci et Ryan, 1985) où les sous-échelles adjacentes sur le continuum démontrent les corrélations positives les plus élevées alors que les sous-échelles les plus éloignées démontrent les corrélations négatives les plus élevées. Malgré quelques différences mineures, ces résultats appuient la présence du continuum d'autodétermination dans le domaine de la motivation face à la thérapie et sont cohérents avec ceux obtenus par Pelletier et ses collaborateurs dans l'étude de 1997. Les résultats sont également comparables à ceux obtenus dans d'autres recherches portant sur la motivation dans différents secteurs de vie (Blais, Brière, Lachance, Riddle & Vallerand, 1993; Vallerand et al., 1991).

Les quelques différences observées sont principalement en lien avec la sous-échelle de la MI où les résultats sont plus fréquemment non significatifs. De plus, des corrélations négatives étaient attendues entre la MI et la régulation externe de même

qu'entre la MI et l'amotivation. Une explication possible pourrait être attribuable au fait que le facteur associé à la MI ne comporte que 3 items et explique un faible pourcentage de variance.

Corrélations entre les sous-échelles de l'EMCT et les antécédents de la motivation

En accord avec la théorie de l'évaluation cognitive, proposée par Deci et Ryan (1985,1991), dont le concept central repose sur le fait que la motivation des individus devrait varier en fonction des changements au niveau de la perception de la compétence et de l'autodétermination, il était attendu que les clients présentant un profil motivationnel autodéterminé perçoivent leur thérapeute comme étant plus supportant, moins contrôlant et davantage impliqué dans le processus thérapeutique que les clients dont le profil motivationnel est moins autodéterminé. Dans l'ensemble, tout comme dans l'étude de Pelletier et al.(1997), les résultats laissent voir des corrélations positives significatives entre les types de motivation autodéterminés et les attentes envers la thérapie, le support à l'autonomie de la part du thérapeute de même que son implication dans la relation. Inversement, les types de motivations non autodéterminées sont corrélés négativement avec le support à l'autonomie et positivement avec le contrôle et les sentiments d'incompétence. Ces résultats supportent l'application de la théorie de l'évaluation cognitive au domaine de la psychothérapie (Deci et al., 1985).

D'autres études ont également démontré que le fait de donner au client l'opportunité de faire des choix quant à ses propres objectifs favorise un contexte d'autodétermination et maximise ainsi l'efficacité thérapeutique (Cooper, 1980; Bastien et al., 1984). Dans une série d'études réalisées par Vallerand (1991) portant cette fois sur l'influence du style interpersonnel contrôlant de l'enseignant et les niveaux de régulation externe des étudiants. Les résultats démontraient qu'il existe une relation positive entre la perception d'un style interpersonnel contrôlant de l'enseignant et les niveaux de régulation externe des étudiants.

Cependant, contrairement aux résultats obtenus dans l'étude de Pelletier, certaines corrélations sont plus faibles et n'atteignent que peu ou pas le seuil de signification. Notamment, l'échelle mesurant les attentes envers la thérapie qui ne laisse voir qu'une seule corrélation significative avec la sous-échelle de régulation identifiée. Les sous-échelles MI et RIT auraient également dû présenter des corrélations positives significatives avec les attentes envers la thérapie. Ces résultats sont explicables par le fait que cette échelle, dans la traduction utilisée, affiche une cohérence interne très faible ($\alpha : 0,29$). Comme la fiabilité de l'échelle est à mettre en cause, on ne peut se fier aux résultats. De plus, suivant la logique postulée par le continuum d'autodétermination, il était attendu que la motivation intrinsèque obtienne des coefficients de corrélation significativement supérieurs à ceux obtenus pour la régulation intégrée. Par contre, il est possible que le fait que cette sous-échelle ne comporte que 3 items, en raison de l'item 16 qui s'avère problématique, affecte les résultats. Il serait certainement pertinent de

revoir la traduction de cet item car lorsque comparé aux autres items de la même sous-échelle, il est le seul qui ne fait pas référence à la notion de plaisir inhérent à l'activité. Aussi, il est intéressant de questionner le sens de la motivation intrinsèque dans un contexte thérapeutique. La définition de la MI implique que l'individu ait tendance à s'engager dans une activité pour le plaisir et la satisfaction qui sont inhérents à la pratique de cette activité et non en fonction des récompenses et des contraintes extérieures qui peuvent y être associées (Deci, 1975). La thérapie est associée à la fois à des sensations de plaisir et de déplaisir voire de souffrance. Peut-on être intrinsèquement motivée face à la thérapie? Est-ce que la définition conceptuelle de ce type de motivation est envisageable dans un contexte où la douleur est inévitable? Les résultats obtenus avec le présent échantillon laissent voir des résultats plus significatifs entre la motivation à régulation intégrée et les antécédents à la motivation, ce qui représente une différence par rapport aux résultats obtenus pour la version anglaise de l'instrument. Il est possible que ces divergences soient attribuables aux caractéristiques particulières de notre échantillon, qui n'est peut-être pas totalement représentatif des gens qui consultent, ce qui aurait pu amener un biais dans la compréhension des questions.

Corrélations entre les sous-échelles de l'EMCT et les conséquences de la motivation

Deci et Ryan (1985) ont également proposé l'existence de diverses conséquences pouvant être associées aux différents types de motivation. Comme la théorie de l'autodétermination stipule que les différents types de motivation se situent sur un

continuum croissant d'autodétermination et qu'un niveau élevé d'autodétermination est associé à un meilleur fonctionnement psychologique, il était attendu que les types de motivation autodéterminés seraient associés positivement à des caractéristiques psychologiques positives et que les types de motivation non autodéterminés soient davantage associés à des caractéristiques psychologiques négatives. Globalement, les résultats révèlent qu'en effet, les types de motivation autodéterminés (motivation intrinsèque, régulation identifiée et régulation introjectée) entretiennent une relation positive et significative avec les conséquences positives associées au processus thérapeutique (intention de poursuivre la thérapie, satisfaction du client, sentiments positifs éprouvés en regard de la thérapie et la liberté de choix). Les types de motivation non autodéterminés sont corrélés négativement avec l'intention du client de poursuivre la thérapie ainsi qu'avec la satisfaction éprouvée en regard de la thérapie. De plus, ces types de motivation entretiennent également des corrélations négatives avec la liberté de choix et des corrélations positives avec les indices de distraction cognitive et de tension. Ces résultats sont comparables à ceux obtenus par Pelletier lors de la validation de la version originale et corroborent également ceux obtenus dans le cadre d'autres recherches portant sur les conséquences de la motivation dans différents domaines de vie. Par exemple, Garbarino (1975) et Vallerand et al. (1988, 1989) ont démontré que les comportements intrinsèquement motivés sont reliés à des conséquences de nature affective, comme par exemple à une plus grande satisfaction de vie en générale, ainsi qu'à une plus grande satisfaction au niveau de la vie conjugale.

Corrélations entre les sous-échelles de l'EMCT et les construits psychologiques

Toujours en accord avec la théorie de l'autodétermination, il était attendu que les types de motivation davantage autodéterminés (MI et ME par régulation intégrée et identifiée) seraient associés positivement au bien-être psychologique tandis que les types de motivation non autodéterminés (régulation introjectée, régulation externe et amotivation) seraient associés au bien-être psychologique de façon faible ou négative. Les résultats obtenus pour les différents construits psychologiques à l'étude sont peu significatifs pour notre échantillon comparativement aux résultats obtenus par Pelletier. En effet, seules quelques corrélations se sont avérées significatives. En outre, l'estime de soi (indice d'un bon fonctionnement psychologique) est associée négativement aux types de motivation non autodéterminés tandis que le lieu de contrôle externe est associé positivement à ces mêmes types de motivation. Bien que, comparativement aux résultats obtenus par Pelletier, certains construits psychologiques n'obtiennent pas de corrélations significatives, les résultats appuient partiellement l'objectif de départ selon laquelle les formes de motivation autodéterminée entretiennent un lien positif significatif avec des indices d'un bon fonctionnement psychologique. Cette différence de résultats par rapport à l'étude de Pelletier et al. est difficilement explicable. Il est toutefois possible de croire que le fait que la traduction de l'instrument a affaibli la validité de construit de deux des six sous-échelles (motivation intrinsèque et régulation introjectée) et que cela affecte les résultats. En ce sens, l'utilisation des scores totaux de motivation autodéterminée, de motivation non autodéterminée et de motivation totale pourrait être souhaitable pour

évaluer ces liens. D'ailleurs, les corrélations obtenues avec les scores totaux obtiennent des coefficients de corrélation supérieurs à ceux obtenus avec les différentes sous-échelles. Ces résultats seront présentés à la section suivante.

Effet du genre sur les moyennes obtenues aux sous-échelles de l'EMCT

L'effet du genre est une donnée qui n'a pas été vérifiée dans l'étude faite par Pelletier en 1997. Toutefois, il semblait intéressant de vérifier si on pouvait retrouver, dans le domaine de la motivation à la thérapie, des résultats similaires à ceux d'autres études qui ont démontré que les femmes possèdent un profil motivationnel plus intrinsèque et donc plus autodéterminé que celui des hommes alors que ces derniers font preuve de plus de régulation externe et d'amotivation que les femmes (Connell et al., 1986; Daoust, Vallerand & Blais, 1988; Vallerand & Reid, 1988; Vallerand et al., 1989). Contrairement à ce qui était attendu, les femmes de notre échantillon ne présentent pas de scores supérieurs à ceux des hommes. Par ailleurs, les hommes présentent un score moyen significativement supérieur à celui des femmes à l'échelle d'amotivation. Ceci peut s'expliquer d'une part par le fait que l'échantillon comportait un nombre plus élevé de femmes que d'hommes ce qui ne permettait pas une représentation équivalente des deux groupes. D'autre part, comme le nombre de séances de thérapie était très élevé pour l'ensemble des répondants, il est possible d'envisager que notre échantillon était composé à la fois d'hommes et de femmes ayant un profil

motivationnel davantage autodéterminé ce qui ne permet pas de discriminer les deux sexes.

Reprise des analyses à partir de la structure originale du CMOTS

Afin de permettre une comparaison plus juste entre nos résultats et ceux obtenus lors de l'étude de 1997, nous avons reconduit les analyses subséquentes à partir de la répartition originale des items dans les sous-échelles du CMOTS (Pelletier et al., 1997).

Les résultats obtenus avec les regroupements initiaux du CMOTS, tels que proposés par Pelletier, sont quasi similaires à ceux obtenus avec la répartition des items en fonction de l'analyse factorielle réalisée dans la présente étude. Cette similarité justifie la pertinence d'utiliser la structure originale du test et de conserver la même répartition des items dans l'utilisation future de l'EMCT à des fins de recherche ou en milieu clinique. De plus, l'utilisation des scores totaux plutôt que les scores de sous-échelles pourrait s'avérer une avenue intéressante venant ainsi contrer les différences dans les structures factorielles associées à la migration de certains items.

Analyses exploratoires

Comme il est possible de calculer un score global de motivation autodéterminée ainsi qu'un score de motivation autodéterminée et un score de motivation non autodéterminée, il semblait intéressant de vérifier si, à titre exploratoire, les liens

obtenus avec ces scores étaient comparables à ceux obtenus avec les différentes sous-échelles.

Les résultats obtenus avec les deux structures associées aux deux solutions factorielles présentent très peu de différences et sont comparables aux scores obtenus avec les différentes sous-échelles. De plus, ces mêmes résultats appuient les hypothèses développées par la théorie de l'autodétermination ainsi que les postulats de départ de la présente étude. L'utilisation des scores totaux s'avère un choix intéressant en contexte thérapeutique dans la mesure où ils nous donnent un accès rapide et fiable à la motivation des clients. Comme les scores de sous-échelles ont été discutés en détails dans ce chapitre, il serait redondant de les discuter à nouveau dans cette section. Notons toutefois que l'utilisation des scores totaux permet en partie de réduire l'impact des différences de structure factorielle entre l'EMCT et le CMOTS.

Implications théoriques et pratiques de la recherche

La principale force de cette étude est de contribuer au développement d'un nouvel instrument de mesure, en langue française, qui permet d'évaluer les fluctuations de la motivation du client au cours du processus thérapeutique. De plus, l'EMCT présente l'avantage de pouvoir distinguer les différents types motivationnels en les situant sur un continuum d'autodétermination, ce qui va au-delà d'une présentation unidimensionnelle de la motivation. Ainsi, l'EMCT permet d'obtenir une mesure plus

précise des différents construits que la simple dichotomie intrinsèque/extrinsèque. Il est maintenant possible de vérifier les hypothèses de la théorie de l'autodétermination (Deci et al., 1985) concernant les variables associées au processus thérapeutique sur les hausses et les baisses de motivation des clients au cours de la thérapie. Ce faisant, il devient intéressant pour le thérapeute d'utiliser ces informations afin d'ajuster et de personnaliser le plan d'intervention en fonction du client. En effet, les résultats ont démontré que les différents types de motivation obtenus avec l'EMCT étaient reliés à l'importance que le client accorde au processus thérapeutique, aux émotions positives, à la satisfaction face à la thérapie, à l'intention de poursuivre ou non le processus ainsi qu'à une mesure de distraction et d'anxiété. Ces résultats permettent de démontrer que les conséquences positives sont reliées positivement aux motivations intrinsèques et à la régulation identifiée et négativement à la régulation externe et à l'amotivation. Ce faisant, il devient pertinent de prendre en considération les fluctuations de motivation du client comme un outil thérapeutique de première importance.

Un autre aspect intéressant de cette étude, est qu'elle offre de nouvelles avenues pour la recherche en psychologie clinique. Une avenue intéressante serait d'évaluer les liens qui existent entre la motivation du client et l'efficacité thérapeutique. De plus, les résultats obtenus dans le cadre de la présente étude procurent une confirmation empirique additionnelle aux résultats obtenus par Pelletier et ses collaborateurs (1997) concernant la validité et la fidélité de l'EMCT. Cette étude apporte également une confirmation supplémentaire de la pertinence d'utiliser le cadre conceptuel de la théorie

de l'autodétermination dans le contexte thérapeutique, ce qui permet d'élargir notre compréhension des phénomènes régis par la motivation humaine.

Il est également important de reconnaître les limites inhérentes aux résultats de cette étude. D'abord, il s'agit d'une étude exploratoire visant à reproduire les résultats obtenus lors de l'élaboration et la validation de la version originale anglaise. Ainsi, la validité de l'EMCT fut étudiée en mesurant des relations linéaires entre les diverses sous-échelles de l'instrument et entre ces dernières et différents antécédents, conséquences et autres construits psychologiques associés à la motivation. Les résultats obtenus doivent donc être interprétés avec prudence. Afin de poursuivre la validation de l'instrument, les recherches à venir pourraient s'attarder à vérifier la nature causale ou acheminatoire des liens obtenus entre les différentes échelles de l'EMCT et les antécédents, conséquences et autres construits psychologiques associés à la motivation. Sur le plan statistique, les analyses par équations structurales pourraient s'avérer utiles afin d'évaluer simultanément le modèle théorique et le modèle de mesure. Un autre aspect important à considérer est le fait que plusieurs des échelles utilisées avaient été traduites pour les fins de la présente étude et n'avaient pas fait l'objet d'analyses poussées quant à leur validité.

Ensuite, comme il s'agit d'un contexte de validation transculturelle, il aurait été souhaitable de soumettre la traduction à un comité composé de linguistes et de professionnels de la psychométrie et de procéder à la méthode de traduction inversée

parallèle (Vallerand, 1989). Cependant, en dépit de la possibilité de pouvoir répondre aux exigences d'une telle procédure, les résultats de notre étude sont comparables aux résultats obtenus par Pelletier et al. (1997). Par ailleurs, comme certains items du questionnaire se sont avérés problématiques, il semble important de les revoir et d'apporter les correctifs nécessaires.

Un autre facteur limitant est la taille et la nature de l'échantillon. D'une part, compte tenu des difficultés liées au recrutement de clients en thérapie, les analyses auraient avantage à être reprises avec un échantillon plus important. D'autre part, comme les clients recrutés sont essentiellement des gens du Saguenay Lac St-Jean, la généralisation des résultats doit se faire avec prudence. Un autre aspect limitant repose sur le fait que l'échantillon de l'étude se composait principalement de clients provenant de cliniques privées et ayant suivi un nombre élevé de séances de thérapie ce qui n'est pas représentatif de l'ensemble des clients en thérapie. Une étude plus vaste serait souhaitable afin de permettre une meilleure représentativité de la population. Cependant, malgré les difficultés liées au recrutement, la taille de l'échantillon permet un pouvoir d'analyse intéressant qui a généré des résultats prometteurs. Bien que d'autres études soient nécessaires afin de compléter le processus de validation de l'EMCT, cet instrument répond présentement à des critères satisfaisants permettant son utilisation dans des recherches subséquentes et en contexte thérapeutique.

Conclusion

La littérature démontre clairement que la motivation est une variable déterminante quant à l'émergence, au maintien et à l'intégration des changements associés au processus thérapeutique. Bien que les auteurs s'entendent pour reconnaître l'importance de cette variable, il n'existait à ce jour aucun instrument de mesure fidèle et valide, en langue française, permettant d'évaluer la motivation du client face au processus thérapeutique. Le but de cette recherche était de traduire et de valider l'EMCT, version francophone du CMOTS, et de rendre disponible un nouvel instrument de mesure permettant d'évaluer la motivation du client face à la thérapie.

L'EMCT se compose de six sous-échelles mesurant la motivation intrinsèque, quatre formes de motivation extrinsèque (par régulation intégrée, identifiée, introjectée et externe) et l'amotivation face à la thérapie. Cet instrument de mesure est conçu à partir de la théorie de l'autodétermination, proposée par Deci et Ryan, qui soutient que les comportements humains sont régis par trois types de motivation : la motivation intrinsèque, la motivation extrinsèque et l'amotivation. Ces différents types de motivation se situent sur un continuum en fonction de leur degré d'autodétermination.

Dans l'ensemble, les qualités psychométriques de l'EMCT permettent de conclure qu'il s'agit d'un instrument valide permettant de vérifier la motivation du client

face au processus thérapeutique. En effet, les résultats démontrent que l'EMCT possède des niveaux de cohérence interne satisfaisants. De plus, l'analyse factorielle exploratoire soutient la structure à six facteurs de la nouvelle échelle. Ces résultats révèlent également que la répartition des items est comparable à celle observée pour la version originale anglaise, le CMOTS. L'analyse des corrélations entre les sous-échelles de l'EMCT appuie globalement la présence du continuum d'autodétermination. Les patrons de corrélations entre les sous-échelles de l'EMCT et plusieurs concepts représentant des antécédents, des conséquences et des construits psychologiques associés à la motivation apportent également un soutien empirique à la validité convergente de l'instrument. L'ensemble de ces résultats offre un apport théorique préliminaire à la validité de l'EMCT ainsi qu'à la validité de la théorie de l'autodétermination dans le domaine de la motivation face au processus thérapeutique et mettent en évidence la possibilité d'utiliser soit les scores regroupés (motivation autodéterminée, non autodéterminée et motivation globale) ou les scores de sous-échelles.

Sur le plan clinique, les recherches futures pourraient étudier la contribution de l'EMCT dans la prédiction de l'efficacité thérapeutique. En effet, comme la motivation représente un déterminant important de l'efficacité thérapeutique, il serait intéressant de vérifier si les styles motivationnels plus autodéterminés seraient associés positivement à des mesures permettant d'évaluer l'efficacité thérapeutique.

En somme, bien qu'il s'agisse d'un instrument récent dont l'évaluation devra se poursuivre dans le cadre de nouvelles recherches, les présents résultats procurent une première confirmation empirique de la fidélité et de la validité de l'EMCT ainsi que de la validité de la théorie de l'autodétermination en contexte thérapeutique.

Références

- Abramson, L. Y., Seligman, M. E. P., & Teasdale, J. D. (1978). Learned helplessness in humans: Critique and reformulation. *Journal of Abnormal Psychology, 87*, 49-74.
- Amabile, T. M. (1982). Social psychology of creativity: A consensual assessment technique. *Journal of Personality and Social Psychology, 43*, 997-1013.
- Amabile, T. M. (1983). *The social psychology of creativity*. New York : Springer-Verlag.
- Amabile, T. M., Hennessey, B. A., & Grossman, B. S. (1986). Social influence on creativity : The effects of contracted for rewards. *Journal of Personality and Social Psychology, 50*, 14-23.
- Anastasi, A. (1994). *Introduction à la psychométrie*. Montréal: Guérin
- Andrews, G., & Harvey, R. (1981). Does psychotherapy benefit neurotic clients? A re-analysis of the Smith, Glass & Miller data. *Archives of General Psychiatry, 38*, 1503-1508.
- Asay, T. P., & Lambert, M. J. (1999). The empirical case for the common factors in therapy. Dans M. A. Hubble, B. L. Duncan, & S. D. Miller (Éds), *The heart and soul of change. What works in therapy?* (pp. 131-145). Washington DC. : American Psychological Association.
- Bastien, R., & Adelman, H. (1984). Noncompulsory versus legally mandated placement, perceived choice and response to treatment among adolescents. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 52*, 171-179.
- Beck, A. T., Ward, C. H., Mendelson, M., Moch, J., & Erbauch, J. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry, 4*, 53-63.
- Berlyne, D. E. (1971). *Aesthetics and Psychobiology*. New York: Appleton- Century Crofts.
- Blais, M. R., Brière, N. M., Lachance, L., Riddle, A. S., & Callierand, R. J. (1993). L'inventaire des motivations au travail de Blais. *Revue québécoise de psychologie, 14*, 185-215.
- 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.
- Blais, M. R., Vallerand, R. J., Pelletier, L. G., & Brière, N. M. (1989). L'échelle de satisfaction de vie : Validation canadienne-française du « Satisfaction with Life Scale ». *Revue canadienne des Sciences du Comportement, 21*, 210-223.

- Blanck, P. D., Reis, H. T., & Jackson, L. (1984). The effects of verbal reinforcement on intrinsic motivation for sex-linked tasks. *Sex Roles, 10*, 369-387.
- Boggiano, K. M., & Barrett, M. (1985). Performance and motivational deficits of helplessness: The role of motivational orientations. *Journal of Personality and Social Psychology, 49*, 1753-1761.
- Byrne, B. M., & Baron, P. (1994). Measuring adolescent depression : Tests of equivalent factorial structure for English and French versions of Beck Depression Inventory. *Applied Psychology : An International Review, 43*, 33-47.
- Cooper, J. (1980). Reducing fears and increasing assertiveness : The role of dissonance reduction. *Journal of Experimental Social Psychology, 16*, 199-213.
- Csikszentmihalyi, M. (1975). *Beyond boredom and anxiety*. San Francisco : Jossey-Bass.
- Csikszentmihalyi, M. (1978). Intrinsic rewards and emergent motivation. Dans M. R. Lepper et D. Greene (Éds.), *The hidden costs of reward* (pp. 205-216). New Jersey : Erlbaum.
- Connell, J. P., & Ryan, R. M. (1986). *Autonomy in the classroom : A theory and assessment of children's self-regulatory styles in the academic domain*. Document inédit, Université de Rochester.
- Dance, K. A., & Neufeld, W. J. (1988). Aptitude-treatment interaction research in the clinical setting: A review of attempts to dispel the "client uniformity" myth. *Psychological Bulletin, 104*, 192-213.
- Daoust, H., Vallerand, R. J., & Blais, M. R. (1988). Motivation and education : A look at some important consequences. *Canadian Psychology, 29*, 172.
- De Charms, R. (1968). *Personal causation : The internal affective determinants of behaviour*. New York : Academic Press.
- Deci, E. L. (1972). Intrinsic motivation, extrinsic reinforcement, and inequity. *Journal of Personality and Social Psychology, 22*, 113-120.
- Deci, E. L. (1975). *Intrinsic motivation*. New York : Plenum Press.
- Deci, E. L. (1980). *The psychology of self-determination*. Lexington, Mass : D.C. Heath.
- Deci, E. L., Cascio, W. F., & Krusell, J. (1975). Cognitive evaluation theory and some comments on the Calder and Staw critique. *Journal of Personality and Social Psychology, 31*, 81-85.

- Deci, E. L., Eghrari, H., Patrick, B. C., & Leone, D. R. (1994). Facilitating internalization : The self-determination theory perspective. *Journal of Personality, 62*, 119-142.
- Deci, E. L., Koestner, R., & Ryan, R. M. (1999). A meta-analytic review of experiments examining the effects of extrinsic rewards on intrinsic motivation. *Psychological Bulletin, 125*, 627-668.
- Deci, E. L., Nezlek, J., & Sheinman, L. (1981). Characteristics of the rewarder and intrinsic motivation of the rewardee. *Journal of Personality and Social Psychology, 40*, 1-10.
- Deci, E. L., & Ryan, R. M. (1980). The empirical exploration of intrinsic motivational processes. Dans L. Berkowitz (Éd.), *Advances in experimental social psychology* (pp. 39-80). New York : Academic Press.
- Deci, E. L., & Ryan, R. M. (1985). *Intrinsic motivation and self-determination in human behaviour*. New York : Plenum.
- Deci, E. L., & Ryan, R. M. (1987). The support of autonomy and the control of behaviour. *Journal of Personality and Social Psychology, 53*, 1024-1037.
- Deci, E. L., & Ryan, R. M. (1991). A motivation approach to self : Integration in personality. Dans R. Dienstbier (Éd.), *Nebraska Symposium on Motivation : Vol. 38. Perspectives on motivation* (pp. 237-288). Lincoln : University of Nebraska Press.
- Deci, E. L., & Ryan, R. M. (2000). The “what” and “why” of goal pursuits : Human needs and self-determination of behavior, *Psychological Inquiry, 11*, 227-268.
- Deci, E. L., & Ryan, R. M. (2002) Overview of self-determination theory : An organismic dialectical perspective. Dans E. L. Deci & Ryan, R. M. (Éds), *Handbook of self-determination research*. (pp. 3-33). New York : University of Rochester Press.
- Deci, E. L., Schwartz, A. L., Sheinman, L., & Ryan, M. R. (1981). An instrument to assess adult's orientations toward control versus autonomy with children : Reflexion on intrinsic motivation and perceived competence. *Journal of Educational Psychology, 73*, 642-650.
- Deci, E. L., Vallerand, R. J., Pelletier, L. G., & Ryan, R. M. (1991). Motivation and education : The self-determination perspective. *Educational Psychologist, 26*, 325-346.
- De Villiers, M. E. (1997). *Multi dictionnaire de la langue française* (4^e éd.). Québec : Québec Amérique.

- Diener, E., Emmons, R. A., Larsen, R. J., & Griffin, S. (1985). The Satisfaction with Life Scale. *Journal of Personality Assessment*, 49, 71-76.
- Fisher, C. F. (1978). The effects of personal control, competence, and extrinsic reward systems on intrinsic motivation. *Organizational Behavior and Human Performance*, 21, 273-288.
- Fröhlich, W. D., (1997). *Dictionnaire de la psychologie*. France : Encyclopédies D'aujourd'hui.
- Gauthier, J. G., Morin, C., Thériault, F., & Lawson, J. S. (1982). Adaptation française d'une mesure d'autoévaluation de l'intensité de la dépression. *Revue québécoise de psychologie*, 3, 13-27.
- Garbarino, J. (1975). The impact of anticipated reward upon cross-aged tutoring. *Journal of Personality and Social Psychology*, 32, 421-428.
- Gordon, R. N. (1976). Effects of volunteering and responsibility on perceived value and effectiveness of a clinical treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 44, 799-801.
- Gottfried, A. E. (1985). Academic intrinsic motivation in elementary and junior high school students. *Journal of Educational Psychology*, 77, 631-645.
- Grolnick, W. S., Ryan, R. M., Deci, E. L. (1990). *The inner resources for school achievement : Motivational mediators of children's perceptions of their parents*. Document inédit, Université de Rochester.
- Guttman, L. (1954). A new approach to factor analysis : the radex. In Lazarsfeld, P. F. (ed), *Mathematical Thinking in the Social Sciences*, Free Press, Glencoe, III., pp. 258-349.
- Harackiewicz, J. M. (1979). The effects of reward contingency and performance feedback on intrinsic motivation. *Journal of Personality and Social Psychology*, 37, 1352-1363.
- Harackiewicz, J. M., & Larson, J. R. (1986). Managing motivation : The impact of supervisor feedback on subordinate task interest. *Journal of Personality and Social Psychology*, 51, 547-556.
- Harter, S. (1981). A new self-report scale of intrinsic versus extrinsic orientation in the classroom : Motivational and informational components. *Developmental Psychology*, 17, 300-312.

- Harter, S., & Connell, J. P. (1984). A model on the relationship among children's academic achievement and their self-perceptions of competence, control, and motivational orientation. Dans J. Nicholls (Éd.), *The development of achievement motivation*. (pp. 219-250). Greenwich : JAI Press.
- Ilardi, B. C., Leone, D., Kasser, T., & Ryan, R. M. (1993). Employee and supervisor ratings of motivation : Main effects and discrepancies associated with job satisfaction and adjustment in a factory setting. *Journal of Applied Social Psychology, 23*, 1789-1805.
- Kruglanski, A. W. (1978). Endogenous attribution and intrinsic motivation. Dans M. R. Lepper & D. Greene (Éds), *The hidden costs of rewards : New perspectives on the psychology of human motivation*. (pp. 85-108). Hillsdale, NJ : LEA.
- Lambert, M. (1992). Implications of outcome research for psychotherapy integration. Dans J. Norcross & J. Goldstein (Éds), *Handbook of psychotherapy integration*. (pp. 94-129). New York : Basic Books.
- Lambert, M. J., Shapiro, D. A., & Bergin, A. E. (1994). The effectiveness of psychotherapy. Dans S.L. Garfield & A. E. Bergin (Éds), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (4e éd., pp. 157-212). New York : Wiley.
- Landman, J. T., & Dawes, R. M. (1982). Psychotherapy outcome : Smith & Glass conclusions stand up under scrutiny. *American Psychologist, 37*, 504-516.
- Larsen, D. L., Attkinsson, C. C., Hargreaves, W. A., & Nguyen, T. D. (1979). Assessment of client/patient satisfaction : Development of a general scale. *Evaluation and Program Planning, 2*, 197-207.
- Levenson, H. (1981). Differentiating among internality, powerful others, and chance. Dans H. M. Lefcourt (Éd.), *Research on the locus of control construct* (pp. 15-63). New York : Academic.
- Mash, E. J., & Hunsley, J. (1993). Assessment considerations in the identification of failing psychotherapy : Bringing the negatives out of the darkroom. *Psychological Assessment, 5*, 292-301.
- Maslow, A. H. (1943). A theory of human motivation. *Psychological Review, 50*, 370-396.
- Maslow, A. H. (1970). *Motivation and Personality* (2e éd.). New York : Harper et Row.
- Mayo, R. J. (1976). *The development and construct validation of a measure of intrinsic motivation*. Thèse de doctorat inédite, Université de Perdue.

- McAuley, E., Duncan, T., & Tammen, V. V. (1989). Psychometric properties of the intrinsic motivation inventory in a competitive sport setting : A confirmatory factor analysis. *Research Quarterly for Exercise and Sport*, *60*, 48-58.
- McGraw, K. O., & McCullers, J. C. (1979). Evidence of a detrimental effect of extrinsic incentives on breaking a mental set. *Journal of Experimental Social Psychology*, *15*, 285-294.
- Miller, W. R., Benefield, R. G., & Tonigan, J. S. (1993). Enhancing motivation for change in problem drinking : A controlled comparison of two therapist styles. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *61*, 455-461.
- Miller, S. D., Duncan, B. L., & Hubble, M. A. (1997). *Escape from Babel*. New York : Norton.
- Novick, J. R. (1985). *Standards for educational and psychological testing*. Washington Dc : The American Psychological Association.
- O'Connor, B. P., & Vallerand, R. J. (1990). Religious motivation in the elderly : A French-Canadian replication and an extension. *Journal of Social Psychology*, *130*, 53-59.
- 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 23^{ième} congrès annuel de la Société québécoise pour la recherche en psychologie, Hull.
- Patterson, G. R., & Forgatch, M. S. (1985). Therapist behavior as a determinant for client non-compliance : A paradox for the behavior modifier. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *53*, 846-851.
- Pelletier, L. G., Fortier, M. F., Vallerand, R. J., Tuson, K. M., Brière, N. M., & Blais, M. R. (1995). Toward a new measure of intrinsic motivation, extrinsic motivation, and amotivation in sports : The Sports Motivation Scale (SMS). *Journal of Sport and Exercise Psychology*, *17*, 35-53.
- Pelletier, L. G., Green-Demers, I., & Béland, A. (1997). Pourquoi adoptez-vous des comportements écologiques? Validation en langue française de l'échelle de motivation vis-à-vis les comportements écologiques. *Revue canadienne des sciences du comportement*, *29*, 145-156.
- Pelletier, L. G., Tuson, K. M., & Haddad, N. K. (1997). Client Motivation for Therapy Scale : A measure of intrinsic motivation, extrinsic motivation and amotivation for therapy. *Journal of Personality Assessment*, *68*, 414-435.

- Pelletier, L.G., Vallerand, R. J., Green-Demers, I., Brière, N. M., & Blais, M. R. (1995). Loisir et santé mentale : Les relations entre la motivation pour la pratique des loisirs et le bien-être psychologique. *Canadian Journal of Behavioral Sciences*, 27, 140-156.
- Pintrich, P. R., & DeGroot, E. V. (1990). Motivational and self-regulated learning. *Journal of Educational Psychology*, 82, 33-40.
- Pittman, T. S., Davey, M. E., Alafat, K. A., Wetheril, K. V., & Kramer, N. A. (1980). Informational versus controlling verbal rewards. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 6, 228-233.
- Poirier, M., & Lafrenière, A. (2003). Perception des psychologues oeuvrant dans les PAE. *Psychologie Québec*, 20, 14-16.
- Poirier, M., & Rochon-Goyer, L. (1990). L'efficacité et la rentabilité des services psychologiques de santé (Numéro spécial). *Psychologie Québec*, 7(6).
- Rosenberg, M. (1965). *Society and the adolescent self-image*. Princeton : University Press.
- Rotter, J. B. (1966). Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement. *Psychological Monographs*, 80(609).
- Rotter, J. B. (1971). External control and internal control. *Psychology Today*, 5, 37-42; 58-59.
- Rotter, J. B. (1975). Some problems and misconceptions related to the construct of internal versus external control of reinforcement. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 43, 56-67.
- 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., & Connell, J. P. (1989). Perceived locus of causality and internalization : Examining reasons for acting in two domains. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57, 749-761.
- Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2000). Self-determination theory and facilitating of intrinsic motivation, social development, and well-being. *American Psychologist*, 55, 68-78.
- Ryan, R. M., Connell, J. P., & Grolnick, W. S. (1990). When achievement is not intrinsically motivated : A theory of self-regulation in school. Dans A. K. Boggiano & T. S. Pittman (Éds), *Achievement and motivation : A social-developmental perspective* (pp. 167-188). New York : Cambridge University Press.

- Ryan, R. M., & Grolnick, W. S. (1986). Origins and pawns in the classroom : Self-report and projective assessments of individual differences in children's perceptions. *Journal of Personality and Social Psychology*, 50, 550-558.
- Sarason, I. G., Sarason, B. R., Keefe, D. E., Hayes, B. E., & Shearin, E. N. (1986). Cognitive interference : Situational determinants and traitlike characteristics. *Journal of Personality and Social Psychology*, 51, 215-225.
- Shapiro, D. A., & Shapiro, D. (1982). Meta-analysis of comparative therapy outcome research : A critical appraisal. *Behavior Psychotherapy*, 10, 4-25.
- Smith, M. L., & Glass, G. V. (1997). Meta-analysis of psychotherapy outcome studies. *American Psychologist*, 32, 752-760.
- Smith, M. L., Glass, G. V., & Miller, T.I. (1980). *The benefit of psychotherapy*. Baltimore : The John Hopkins University Press.
- Tallman, K., & Bohart, A. (1999). The client as a common factor : Clients as self-healers. Dans M. A. Hubble, B. L. Duncan, & S. D. Miller (Éds), *The heart and soul of change. What works in therapy?* (pp. 91-131). Washington DC. : American Psychological Association.
- Vallerand, R. J. (1983). Effect of differential amounts of positive verbal feedback on the intrinsic motivation of male hockey players. *Journal of Sport Psychology*, 5, 100-107.
- Vallerand, R. J. (1991). A motivational analysis of high school dropout. Document inédit : Université du Québec à Montréal.
- Vallerand, R. J., & Bissonnette, R. (1992). Intrinsic, extrinsic and amotivational styles as predictors of behaviour : A prospective study. *Journal of Personality*, 60, 599-620.
- Vallerand, R. J., & Blais, M. R. (1985). *Développement de mesures de motivation intrinsèque psychologiquement équivalentes sur le terrain et en laboratoire*. Document inédit, Université du Québec à Montréal.
- Vallerand, R. J., & Blais, M. R. (1987). Vers une conceptualisation tripartite de la motivation intrinsèque : La motivation intrinsèque à la connaissance, à l'accomplissement et aux sensations. Document inédit, Université du Québec à Montréal.
- Vallerand, R. J., Blais, M. R., Brière, N. M., & Pelletier, L. G. (1989). Construction et validation de l'échelle de motivation en éducation (EME). *Revue canadienne des sciences du comportement*, 21, 323-349.

- Vallerand, R. J., Deci, E. L., & Ryan, R. M. (1987). Intrinsic motivation in sport. Dans K. Pendolf (Éd.), *Exercise and sport science review*. (pp. 389-425). New York : McMillan.
- Vallerand, R. J., Gauvin, L. I., & Halliwell, W. R. (1986a). Negative effects of competition on children's intrinsic motivation. *Journal of Social Psychology, 126*, 649-657.
- Vallerand, R. J., Gauvin, L. I., & Halliwell, W. R. (1986b). Effects of zero-sum competition on children's intrinsic motivation and perceived competence. *Journal of Social Psychology, 126*, 465-472.
- Vallerand, R. J., & O'Connor, B. P. (1989). Motivation in the elderly : A theoretical framework and some promising findings. *Canadian Psychology, 30*, 33-45.
- Vallerand, R. J., & O'Connor, B. P. (1991). Construction et validation de l'échelle de motivation pour les personnes âgées (EMPA). *Journal international de psychologie, 26*, 219-240.
- Vallerand, R. J., Pelletier, L. G., Blais, M. R., Brière, N. M., Sénécal, C., & Vallières, E. F. (1992). The Academic Motivation Scale : A measure of intrinsic, extrinsic, and amotivation in education. *Education and Psychological Measurement, 52*, 1003-1017.
- Vallerand, R. J., Pelletier, L. G., Blais, M. R., Brière, N. M., Sénécal, C., & Vallières, E. F. (1993). On the assessment of intrinsic, extrinsic, and amotivation in education : Evidence on the concurrent and construct validity of the Academic Motivational Scale. *Education and Psychological Measurement, 53*, 159-172.
- Vallerand, R. J., & Reid, G. (1988). On the relative effects of positive and negative verbal feedback on male's and female's intrinsic motivation. *Canadian Journal of Behavioural Science, 20*, 239-250.
- Vallerand, R. J., & Thill, E. E. (1993). *Introduction à la psychologie de la motivation*. Québec : Études Vivantes.
- Vallières, E. F., & Vallerand, R. J. (1990). Traduction et validation canadienne-française de l'échelle de l'estime de soi de Rosenberg. *International Journal of Psychology, 25*, 305-316.
- Wampold, B. E. (2001). *The great psychotherapy debate : Models, methods, and findings*. Mahwah, NJ : Lawrence Erlbaum Associates.
- Weiss, M. R., Bredemeier, B. J., & Shewchuk, R. M. (1985). An intrinsic/extrinsic motivation scale for the youth sport setting : A confirmatory factor analysis. *Journal of Sport Psychology, 7*, 75-91.

White, R. W. (1959). Motivation reconsidered : The concept of competence. *Psychological Review*, *66*, 297-333.

Wong, M. M., & Csikszentmihalyi, M. (1991). Motivation and academic achievement : The effect of personality traits and the quality of experience. *Journal of Personality*, *59*, 539-574.

Appendice A

Questionnaire version longue

POURQUOI ÊTES-VOUS PRÉSENTEMENT EN THÉRAPIE?

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

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

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

	Ne correspond pas du tout		Correspond modérément		Correspond exactement		
	1	2	3	4	5	6	7
21. Pour satisfaire mes proches, qui veulent que j'obtienne de l'aide pour ma situation actuelle.	1	2	3	4	5	6	7
22. Parce que je ne veux pas contrarier mes proches qui veulent que je sois en thérapie.	1	2	3	4	5	6	7
23. Parce que je sens que les changements qui se produisent grâce à la thérapie deviennent partie intégrante de moi.	1	2	3	4	5	6	7
24. Parce que j'apprécie la façon dont la thérapie me permet de faire des changements dans ma vie.	1	2	3	4	5	6	7

COMMENT VOUS SENTEZ-VOUS PENDANT LA THÉRAPIE?

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

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

ATTENTES FACE À LA THÉRAPIE

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

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

VOTRE THÉRAPEUTE (ECI)

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

	Jamais		Assez souvent			Toujours	
1. Je sens que mon/ma thérapeute se soucie vraiment de moi.	1	2	3	4	5	6	7
2. Mon/ma thérapeute me donne du feedback sur la façon dont je progresse.	1	2	3	4	5	6	7
3. Je suis surveillé(e) de trop près par mon/ma thérapeute.	1	2	3	4	5	6	7
4. Mon/ma thérapeute est toujours prêt(e) à m'aider à prendre une décision.	1	2	3	4	5	6	7
5. Lorsque je ne réussis pas très bien, mon/ma thérapeute me donne du feedback utile, m'indiquant où je fais des erreurs.	1	2	3	4	5	6	7
6. Je sens que mon/ma thérapeute me force à adopter certains comportements.	1	2	3	4	5	6	7
7. Je sens que mon/ma thérapeute m'impose ses opinions.	1	2	3	4	5	6	7
8. Mon/ma thérapeute consacre beaucoup de temps et d'énergie à m'aider dans ce que je fais.	1	2	3	4	5	6	7
9. Mon/ma thérapeute se fout que je réussisse ou que j'échoue.	1	2	3	4	5	6	7
10. Lorsque je demande à mon/ma thérapeute de l'aide pour solutionner un problème, il/elle me demande mon avis avant de me donner le sien.	1	2	3	4	5	6	7

	Jamais		Assez souvent			Toujours	
	1	2	3	4	5	6	7
11. Lorsque mon/ma thérapeute me donne du feedback, je ressens un sentiment de confiance en moi-même.	1	2	3	4	5	6	7
12. Mon/ma thérapeute manifeste de l'indifférence à mon égard.	1	2	3	4	5	6	7
13. Mon/ma thérapeute me donne beaucoup de liberté tout en étant disponible si j'ai besoin d'aide.	1	2	3	4	5	6	7
14. Le feedback que je reçois de mon/ma thérapeute me fait sentir incertain/e de mes capacités.	1	2	3	4	5	6	7
15. Mon/ma thérapeute favorise un atmosphère de compétition.	1	2	3	4	5	6	7
16. Mon/ma thérapeute m'encourage à être moi-même.	1	2	3	4	5	6	7
17. Mon/ma thérapeute me fait sentir obligé(e) d'adopter certains comportements.	1	2	3	4	5	6	7
18. Je sens que mon/ma thérapeute n'est pas intéressé(e) par mon opinion.	1	2	3	4	5	6	7
19. Je sens que mon thérapeute apprécie vraiment passer du temps avec moi.	1	2	3	4	5	6	7
20. Le feedback de mon/ma thérapeute représente des critiques inutiles.	1	2	3	4	5	6	7
21. Mon/ma thérapeute me fait sentir que je peux lui dire n'importe quoi.	1	2	3	4	5	6	7
22. Mon/ma thérapeute n'a pas d'attentes élevées à mon égard.	1	2	3	4	5	6	7
23. Le feedback de mon/ma thérapeute est constructif, ce qui m'aide à m'améliorer.	1	2	3	4	5	6	7
24. Mon/ma thérapeute met de la pression afin que je fasse ce qu'il veut.	1	2	3	4	5	6	7

	Jamais		Assez souvent			Toujours	
	1	2	3	4	5	6	7
25. Mon/ma thérapeute semble être sincèrement intéressé(e) par ce que je fais.	1	2	3	4	5	6	7
26. Lorsque mon/ma thérapeute me demande de faire quelque chose, il/elle me donne suffisamment de structure de telle sorte que je sache ce qu'il y a à faire sans pour autant me sentir limité(e).	1	2	3	4	5	6	7
27. Mon/ma thérapeute agit de façon contraignante avec moi.	1	2	3	4	5	6	7
28. Mon/ma thérapeute se rend disponible quand j'ai besoin de lui/d'elle.	1	2	3	4	5	6	7
29. Mon/ma thérapeute me donne des suggestions utiles quant aux moyens par lesquels je peux m'améliorer.	1	2	3	4	5	6	7
30. Mon/ma thérapeute me parle uniquement de mes erreurs.	1	2	3	4	5	6	7
31. Lorsque mon/ma thérapeute me demande de faire quelque chose, il/elle m'explique pourquoi je dois le faire.	1	2	3	4	5	6	7
32. Mon/ma thérapeute me donne plusieurs occasions de prendre mes propres décisions par rapport à ce que je fais.	1	2	3	4	5	6	7
33. Je sens que mon/ma thérapeute respecte mes initiatives.	1	2	3	4	5	6	7
34. Mon/ma thérapeute m'envoie le message que je ne suis pas à la hauteur.	1	2	3	4	5	6	7
35. Mon/ma thérapeute considère ouvertement mes pensées et mes sentiments bien qu'ils soient différents des siens.	1	2	3	4	5	6	7

INTENTION DE POURSUIVRE LA THÉRAPIE

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

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

SATISFACTION

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

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

Excellente	Bonne	Passable	Pauvre
4	3	2	1

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

CE QUE JE PENSE

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

	Ne correspond pas du tout		Correspond modérément		Correspond exactement	
	1	2	3	4	5	6
1. Que je devienne ou non un leader dépend surtout de mes habiletés.	1	2	3	4	5	6
2. Ma vie est en grande partie contrôlée par des événements accidentels.	1	2	3	4	5	6
3. J'ai l'impression que ce qui arrive dans ma vie est principalement déterminé par le pouvoir des autres.	1	2	3	4	5	6
4. Lorsque je fais des projets, je suis presque certain(e) de les réaliser.	1	2	3	4	5	6
5. Souvent, je n'ai pas la chance de protéger mes intérêts personnels des malchances qui arrivent.	1	2	3	4	5	6
6. Lorsque j'obtiens ce que je veux, c'est généralement parce que je suis chanceux(se).	1	2	3	4	5	6
7. Même si j'avais les qualités pour être un bon leader, je ne pourrais le devenir à moins de jouer le jeu des personnes en position de pouvoir.	1	2	3	4	5	6
8. Le nombre d'amis que j'ai dépend du fait que je suis une personne agréable.	1	2	3	4	5	6
9. J'ai souvent observé que ce qui doit arriver, arrivera.	1	2	3	4	5	6
10. Ma vie est principalement contrôlée par le pouvoir des autres.	1	2	3	4	5	6

	Ne correspond pas du tout		Correspond modérément		Correspond exactement	
	1	2	3	4	5	6
11. Les gens comme moi ont très peu de chance de protéger leurs intérêts personnels lorsqu'ils entrent en conflit avec les intérêts de personnes en position de pouvoir.	1	2	3	4	5	6
12. Il n'est pas toujours sage pour moi de planifier trop longtemps d'avance parce que trop de choses relèvent de la bonne ou de la mauvaise fortune.	1	2	3	4	5	6
13. Pour obtenir ce que je veux, je dois plaire aux personnes qui sont au-dessus de moi.	1	2	3	4	5	6
14. Le fait que je devienne ou non un leader dépend de la chance que j'ai d'être à la bonne place au bon moment.	1	2	3	4	5	6
15. Si des personnes importantes décidaient qu'elles ne m'aiment pas, je ne me ferais probablement pas d'amis.	1	2	3	4	5	6
16. Je suis relativement en mesure de déterminer ce qui arrivera dans ma vie.	1	2	3	4	5	6
17. Je suis habituellement capable de protéger mes intérêts personnels.	1	2	3	4	5	6
18. Lorsque j'obtiens ce que je veux, c'est généralement parce que j'ai travaillé fort pour l'obtenir.	1	2	3	4	5	6
19. Pour que mes projets fonctionnent, je m'assure qu'ils correspondent aux désirs des gens qui ont du pouvoir sur moi.	1	2	3	4	5	6
20. Ma vie est déterminée par mes propres actions.	1	2	3	4	5	6
21. Le fait que j'ai peu ou beaucoup d'amis est principalement une question de destin.	1	2	3	4	5	6

QUESTIONNAIRE DE ROSENBERG

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

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

INVENTAIRE DE BECK

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

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

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

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

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

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

5. Je ne me sens pas particulièrement coupable.
 Je me sens souvent mauvais(e) ou indigne.
 Je me sens plutôt coupable.
 Je me sens mauvais(e) et indigne presque tout le temps.
 Je sens que je suis très mauvais(e) ou très indigne.
6. Je n'ai pas l'impression d'être puni(e).
 J'ai l'impression que quelque chose de malheureux peut m'arriver.
 Je sens que je suis ou serai puni(e).
 Je sens que je mérite d'être puni(e).
 Je veux être puni(e).
7. Je ne me sens pas déçu(e) de moi-même.
 Je suis déçu(e) de moi-même.
 Je ne m'aime pas.
 Je suis dégoûté(e) de moi-même.
 Je me hais.
8. Je ne sens pas que je suis pire que les autres.
 Je me critique pour mes faiblesses et mes erreurs.
 Je me blâme pour mes fautes.
 Je me blâme pour tout ce qui arrive de mal.
9. Je n'ai aucune idée de me faire du mal.
 J'ai des idées de me faire du mal mais je ne les mettrais pas à exécution.
 Je sens que je serais mieux mort(e).
 Je sens que ma famille serait mieux si j'étais mort(e).
 J'ai des plans bien définis pour un acte suicidaire.
 Je me tuerais si je le pouvais.
10. Je ne pleure pas plus que d'habitude.
 Je pleure plus maintenant qu'auparavant.
 Je pleure tout le temps, maintenant. Je ne peux pas m'arrêter.
 Auparavant, j'étais capable de pleurer mais maintenant je ne peux pas pleurer du tout, même si je le veux.

11. Je ne suis pas plus irrité(e) maintenant que je le suis d'habitude.
 Je deviens contrarié(e) ou irrité(e) plus facilement maintenant qu'en temps ordinaire.
 Je me sens irrité(e) tout le temps.
 Je ne suis plus irrité(e) du tout par les choses qui m'irritent habituellement.
12. Je n'ai pas perdu(e) intérêt aux autres.
 Je suis moins intéressé(e) aux autres maintenant qu'auparavant.
 J'ai perdu(e) la plupart de mon intérêt pour les autres et j'ai peu de sentiments pour eux.
 J'ai perdu(e) tout mon intérêt pour les autres et je ne me soucie pas d'eux du tout.
13. Je prends des décisions aussi bien que jamais.
 J'essaie de remettre à plus tard mes décisions.
 J'ai beaucoup de difficulté à prendre des décisions.
 Je ne suis pas capable de prendre des décisions du tout.
14. Je n'ai pas l'impression de paraître pire qu'auparavant.
 Je m'inquiète de paraître vieux(vieille) et sans attrait.
 Je sens qu'il y a des changements permanents dans mon apparence et que ces changements me font paraître sans attraits.
 Je me sens laid(e) et répugnant(e).
15. Je peux travailler pratiquement aussi bien qu'avant.
 J'ai besoin de faire des efforts supplémentaires pour commencer à faire quelque chose.
 Je ne travaille pas aussi bien qu'avant.
 J'ai besoin de me pousser très fort pour faire quoi que ce soit.
 Je ne peux faire aucun travail.
16. Je peux dormir aussi bien que d'habitude.
 Je me réveille plus fatigué(e) le matin que d'habitude.
 Je me réveille 1-2 heures plus tôt que d'habitude et j'ai de la difficulté à me rendormir.
 Je me réveille tôt chaque jour et je ne peux dormir plus de 5 heures.

17. Je ne suis pas plus fatigué(e) que d'habitude.
 Je me fatigue plus facilement qu'avant.
 Je me fatigue à faire quoi que ce soit.
 Je suis trop fatigué(e) pour faire quoi que ce soit.
18. Mon appétit est aussi bon que d'habitude.
 Mon appétit n'est pas aussi bon que d'habitude
 Mon appétit est beaucoup moins bon maintenant.
 Je n'ai plus d'appétit du tout.
19. Je n'ai pas perdu beaucoup de poids (si j'en ai vraiment perdu) dernièrement.
 J'ai perdu plus de 5 livres.
 J'ai perdu plus de 10 livres.
 J'ai perdu plus de 15 livres.
20. Je ne suis pas plus préoccupé(e) de ma santé que d'habitude.
 Je suis préoccupé(e) par des maux et des douleurs, ou des problèmes de digestion ou de constipation.
 Je suis tellement préoccupé(e) par ce que je ressens ou comment je me sens qu'il est difficile pour moi de penser à autre chose.
 Je pense seulement à ce que je ressens ou comment je me sens.
21. Je n'ai noté aucun changement récent dans mon intérêt pour le sexe.
 Je suis moins intéressé(e) par le sexe qu'auparavant.
 Je suis beaucoup moins intéressé(e) par le sexe maintenant.
 J'ai complètement perdu mon intérêt pour le sexe.

INFORMATIONS GÉNÉRALES

1. Êtes-vous? (1) Femme (2) Homme
2. Âge : _____
3. Quel est votre état matrimonial actuel?
 - (1) Marié(e), y compris en union libre
 - (2) Célibataire
 - (3) Séparé(e) / Divorcé(e)
 - (4) Veuf / Veuve
4. Présentement, quelle est votre **principale** occupation? (cochez une seule réponse)
 - (1) Travail à temps plein
 - (2) Travail à temps partiel
 - (3) Chômage
 - (4) Retraite
 - (5) Études à temps plein
 - (6) Études à temps partiel
 - (7) Études à temps partiel et travail à temps partiel
 - (8) À la maison (entretien de la maison et/ou soins des enfants)
 - (9) Autre, précisez _____
5. Quel est votre plus haut niveau de scolarité? (cochez une seule réponse)
 - (1) Aucune scolarité
 - (2) Primaire non complété
 - (3) Primaire complété
 - (4) Secondaire non complété
 - (5) Secondaire complété
 - (6) Études collégiales non complétées
 - (7) Études collégiales complétées
 - (8) Certificat universitaire complété
 - (9) Baccalauréat universitaire non complété
 - (10) Baccalauréat universitaire complété
 - (11) Maîtrise complétée
 - (12) Doctorat complété

6. Quelle est votre estimation de votre revenu personnel total au cours des 12 derniers mois?
- (1) Moins de 15 000 \$ (2) Entre 15 000\$ et moins de 25 000\$
(3) Entre 25 000 \$ et moins de 35 000\$ (4) Entre 35 000\$ et moins de 45 000\$
(5) Entre 45 000\$ et moins de 55 000\$ (6) 55 000\$ et plus
(7) Aucun revenu (8) Ne sais pas
7. Si vous vivez en couple, quelle est votre estimation du revenu de couple total (les deux conjoints réunis avant impôt) au cours des 12 derniers mois?
- (1) Moins de 15 000\$ (2) Entre 15 000\$ et moins de 25 000\$
(3) Entre 25 000\$ et moins de 35 000\$ (4) Entre 35 000\$ et moins de 45 000\$
(5) Entre 45 000\$ et moins de 55 000\$ (6) 55 000\$ et plus
(7) Aucun revenu (8) Ne sais pas
(9) Ne s'applique pas
8. Depuis combien de temps êtes-vous en thérapie avec votre thérapeute actuel?

9. Si vous connaissez le nombre de séances de thérapie que vous avez eues avec votre thérapeute actuel, s.v.p. l'indiquer : _____ séances.
10. Avez-vous été en thérapie avec d'autres thérapeutes, à l'exception de votre thérapeute actuel?
- (1) Oui Si oui, à part votre thérapeute actuel, avec combien d'autres thérapeute(s) avez-vous été en psychothérapie? _____
- (2) Non
11. À quelle fréquence rencontrez-vous votre thérapeute actuel? (par exemple, une fois par semaine, une fois aux deux semaines?)

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

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

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

(2) Non

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

(1) Je paie les honoraires

(2) Les honoraires sont défrayés par une autre source

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

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

(1) Non

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

17. Depuis le début de vos consultations en psychothérapie, avez-vous vécu un(des) événement(s) stressant(s) (décès d'un proche, perte de travail, séparation, naissance, etc.)?

(1) Non

(1) Oui Si oui, précisez les événements que vous avez vécus.

Appendice B

Questionnaire version courte

POURQUOI ÊTES-VOUS PRÉSENTEMENT EN THÉRAPIE?

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

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

	Ne correspond pas du tout		Correspond modérément		Correspond exactement		
	1	2	3	4	5	6	7
9. J'ai déjà eu de bonnes raisons d'aller en thérapie, toutefois je me demande maintenant si je ne devrais pas arrêter.	1	2	3	4	5	6	7
10. J'ai déjà eu de bonnes raisons d'aller en thérapie, toutefois je me demande maintenant si je ne devrais pas arrêter.	1	2	3	4	5	6	7
11. Parce que je me sentirais mal face à moi-même de ne pas poursuivre la thérapie.	1	2	3	4	5	6	7
12. Parce que je devrais avoir une meilleure compréhension de moi-même.	1	2	3	4	5	6	7
13. Parce que mes amis pensent que je devrais être en thérapie.	1	2	3	4	5	6	7
14. Parce que je ressens du plaisir et de la satisfaction à apprendre de nouvelles choses de moi que je ne connaissais pas auparavant.	1	2	3	4	5	6	7
15. Je me demande ce que je fais en thérapie; en fait, je trouve cela ennuyant.	1	2	3	4	5	6	7
16. Je ne sais pas, je n'y ai jamais vraiment pensé auparavant.	1	2	3	4	5	6	7
17. Parce que je crois que la thérapie me permettra de mieux faire face aux événements.	1	2	3	4	5	6	7
18. Pour l'intérêt que j'ai à mieux me comprendre.	1	2	3	4	5	6	7
19. Parce qu'à travers la thérapie, j'ai pu trouver une façon privilégiée pour aborder différents aspects de ma vie.	1	2	3	4	5	6	7
20. Parce qu'à travers la thérapie, je sens que je peux maintenant prendre la responsabilité de faire des changements dans ma vie.	1	2	3	4	5	6	7

	Ne correspond pas du tout		Correspond modérément		Correspond exactement		
	1	2	3	4	5	6	7
21. Parce qu'il est important pour les clients de demeurer en thérapie jusqu'à ce que ce soit terminé.	1	2	3	4	5	6	7
22. Parce que je crois que c'est une bonne chose à faire pour trouver des solutions à mes problèmes.	1	2	3	4	5	6	7
23. Pour satisfaire mes proches, qui veulent que j'obtienne de l'aide pour ma situation actuelle.	1	2	3	4	5	6	7
24. Parce que je ne veux pas contrarier mes proches qui veulent que je sois en thérapie.	1	2	3	4	5	6	7
25. Parce que je sens que les changements qui se produisent grâce à la thérapie deviennent partie intégrante de moi.	1	2	3	4	5	6	7
26. Parce que j'apprécie la façon dont la thérapie me permet de faire des changements dans ma vie.	1	2	3	4	5	6	7

INFORMATIONS GÉNÉRALES

1. Êtes-vous? (1) Femme (2) Homme
2. Âge : _____
3. Quel est votre état matrimonial actuel?
 - (1) Marié(e), y compris en union libre
 - (2) Célibataire
 - (3) Séparé(e) / Divorcé(e)
 - (4) Veuf / Veuve
4. Présentement, quelle est votre **principale** occupation? (cochez une seule réponse)
 - (1) Travail à temps plein
 - (2) Travail à temps partiel
 - (3) Chômage
 - (4) Retraite
 - (5) Études à temps plein
 - (6) Études à temps partiel
 - (7) Études à temps partiel et travail à temps partiel
 - (8) À la maison (entretien de la maison et/ou soins des enfants)
 - (9) Autre, précisez _____
5. Quel est votre plus haut niveau de scolarité? (cochez une seule réponse)
 - (1) Aucune scolarité
 - (2) Primaire non complété
 - (3) Primaire complété
 - (4) Secondaire non complété
 - (5) Secondaire complété
 - (6) Études collégiales non complétées
 - (7) Études collégiales complétées
 - (8) Certificat universitaire complété
 - (9) Baccalauréat universitaire non complété
 - (10) Baccalauréat universitaire complété
 - (11) Maîtrise complétée
 - (12) Doctorat complété

6. Quelle est votre estimation de votre revenu personnel total au cours des 12 derniers mois?
- (1) Moins de 15 000 \$ (2) Entre 15 000\$ et moins de 25 000\$
(3) Entre 25 000 \$ et moins de 35 000\$ (4) Entre 35 000\$ et moins de 45 000\$
(5) Entre 45 000\$ et moins de 55 000\$ (6) 55 000\$ et plus
(7) Aucun revenu (8) Ne sais pas
7. Si vous vivez en couple, quelle est votre estimation du revenu de couple total (les deux conjoints réunis avant impôt) au cours des 12 derniers mois?
- (1) Moins de 15 000\$ (2) Entre 15 000\$ et moins de 25 000\$
(3) Entre 25 000\$ et moins de 35 000\$ (4) Entre 35 000\$ et moins de 45 000\$
(5) Entre 45 000\$ et moins de 55 000\$ (6) 55 000\$ et plus
(7) Aucun revenu (8) Ne sais pas
(9) Ne s'applique pas
8. Depuis combien de temps êtes-vous en thérapie avec votre thérapeute actuel?

9. Si vous connaissez le nombre de séances de thérapie que vous avez eues avec votre thérapeute actuel, s.v.p. l'indiquer : _____ séances.
10. Avez-vous été en thérapie avec d'autres thérapeutes, à l'exception de votre thérapeute actuel?
- (1) Oui Si oui, à part votre thérapeute actuel, avec combien d'autres thérapeute(s) avez-vous été en psychothérapie? _____
(2) Non
11. À quelle fréquence rencontrez-vous votre thérapeute actuel? (par exemple, une fois par semaine, une fois aux deux semaines?)

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

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

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

(2) Non

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

(1) Je paie les honoraires

(2) Les honoraires sont défrayés par une autre source

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

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

(1) Non

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

17. Depuis le début de vos consultations en psychothérapie, avez-vous vécu un(des) événement(s) stressant(s) (décès d'un proche, perte de travail, séparation, naissance, etc.)?

(1) Non

(1) Oui Si oui, précisez les événements que vous avez vécus.

Appendice C

Information générale

INFORMATIONS GÉNÉRALES

1. Êtes-vous? (1) Femme (2) Homme

2. Âge : _____

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

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

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

6. Quelle est votre estimation de votre revenu personnel total au cours des 12 derniers mois?
- (1) Moins de 15 000 \$ (2) Entre 15 000\$ et moins de 25 000\$
(3) Entre 25 000 \$ et moins de 35 000\$ (4) Entre 35 000\$ et moins de 45 000\$
(5) Entre 45 000\$ et moins de 55 000\$ (6) 55 000\$ et plus
(7) Aucun revenu (8) Ne sais pas
7. Si vous vivez en couple, quelle est votre estimation du revenu de couple total (les deux conjoints réunis avant impôt) au cours des 12 derniers mois?
- (1) Moins de 15 000\$ (2) Entre 15 000\$ et moins de 25 000\$
(3) Entre 25 000\$ et moins de 35 000\$ (4) Entre 35 000\$ et moins de 45 000\$
(5) Entre 45 000\$ et moins de 55 000\$ (6) 55 000\$ et plus
(7) Aucun revenu (8) Ne sais pas
(9) Ne s'applique pas
8. Depuis combien de temps êtes-vous en thérapie avec votre thérapeute actuel?

9. Si vous connaissez le nombre de séances de thérapie que vous avez eues avec votre thérapeute actuel, s.v.p. l'indiquer : _____ séances.
10. Avez-vous été en thérapie avec d'autres thérapeutes, à l'exception de votre thérapeute actuel?
- (1) Oui Si oui, à part votre thérapeute actuel, avec combien d'autres thérapeute(s) avez-vous été en psychothérapie? _____
(2) Non
11. À quelle fréquence rencontrez-vous votre thérapeute actuel? (par exemple, une fois par semaine, une fois aux deux semaines?)

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

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

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

(2) Non

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

(1) Je paie les honoraires

(2) Les honoraires sont défrayés par une autre source

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

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

(1) Non

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

17. Depuis le début de vos consultations en psychothérapie, avez-vous vécu un(des) événement(s) stressant(s) (décès d'un proche, perte de travail, séparation, naissance, etc.)?

(1) Non

(1) Oui Si oui, précisez les événements que vous avez vécus.

Appendice D

Directives aux clients

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

Une étude en psychologie est présentement réalisée par des chercheurs de l'Université du Québec à Chicoutimi. Ils s'intéressent à certains facteurs qui peuvent affecter l'efficacité de processus thérapeutiques, notamment les motifs de consultation et la relation thérapeutique. La première étape de la recherche consiste à valider l'utilisation de certains instruments de mesure. Pour ce faire, les chercheurs ont besoin que des personnes comme vous complètent un questionnaire à trois moments durant le processus thérapeutique : en début de processus, après la quatrième entrevue et à la fin du processus. Les questions traitent essentiellement de vos pensées et de vos sentiments en regard de votre expérience de la thérapie. On m'a demandé de vous distribuer ces questionnaires que vous pouvez compléter sur place ou à la maison. Quand vous remplissez un questionnaire, il est très important que vous le fassiez dans un endroit tranquille où vous ne serez pas interrompu. Quand vous aurez rempli le formulaire de consentement et complété un questionnaire, nous vous demandons de les placer dans l'enveloppe ci-jointe et de la déposer dans la boîte identifiée à cet effet dans votre milieu de consultation. Elle sera récupérée par les chercheurs de l'Université.

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

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

Appendice E

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

Signature du thérapeute

Signature du chercheur

Date

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

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

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

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

Je signe _____

Nom, Prénom(s) : _____

Adresse : _____

Numéro de téléphone : (_____) _____

Date : _____ / _____ / _____
 Jour Mois Année

Les responsables de l'étude sont :
 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