

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL

ÉTUDE EXPLORATOIRE COMPARANT LES POINTS DE VUE DES
CLIENTS, DES THÉRAPEUTES ET D'UN OBSERVATEUR EXTERNE
QUANT AUX ÉLÉMENTS CONTRIBUANT À L'ÉTABLISSEMENT ET AU
MAINTIEN DE L'ALLIANCE THÉRAPEUTIQUE.

ESSAI DOCTORAL
PRÉSENTÉ COMME EXIGENCE PARTIELLE
DU DOCTORAT EN PSYCHOLOGIE (PSY.D.)

PAR
HUSSAM SABOUNI

DÉCEMBRE 2017

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL
Service des bibliothèques

Avertissement

La diffusion de cet essai doctoral se fait dans le respect des droits de son auteur, qui a signé le formulaire *Autorisation de reproduire et de diffuser un travail de recherche de cycles supérieurs* (SDU-522 – Rév.01-2006). Cette autorisation stipule que «conformément à l'article 11 du Règlement no 8 des études de cycles supérieurs, [l'auteur] concède à l'Université du Québec à Montréal une licence non exclusive d'utilisation et de publication de la totalité ou d'une partie importante de [son] travail de recherche pour des fins pédagogiques et non commerciales. Plus précisément, [l'auteur] autorise l'Université du Québec à Montréal à reproduire, diffuser, prêter, distribuer ou vendre des copies de [son] travail de recherche à des fins non commerciales sur quelque support que ce soit, y compris l'Internet. Cette licence et cette autorisation n'entraînent pas une renonciation de [la] part [de l'auteur] à [ses] droits moraux ni à [ses] droits de propriété intellectuelle. Sauf entente contraire, [l'auteur] conserve la liberté de diffuser et de commercialiser ou non ce travail dont [il] possède un exemplaire.»

REMERCIEMENTS

Je tiens à débiter cet essai en prenant le temps pour remercier les gens qui m'ont soutenu et encouragé dans la réalisation de ce projet. Je commence par remercier mes deux directeurs, André Achim et Marc-Simon Drouin pour leur soutien sans lequel je n'aurais pas pu mener à terme ce projet. Monsieur Achim s'est montré disponible et soutenant dès le début de mon parcours au doctorat et m'a appuyé durant les différentes étapes de ce périple. De son côté Monsieur Drouin, en plus de la richesse que constitue l'apport de son important bagage clinique et théorique, il a réussi à me remonter le moral dans les moments de découragement. Je remercie également Véronique Boutet pour son aide grandement appréciée dans la cotation de l'instrument de mesure TACIQ, ainsi que mes amis Ioanna Guikas et Mathieu Landry pour leur aide dans la traduction de cet instrument.

Cet essai s'avère être l'aboutissement d'un rêve qui remonte à longtemps. Il y a presque 12 ans, une idée a commencé à germer dans mon esprit et c'est grâce au soutien, à la foi et l'encouragement de quelques personnes proches que celle-ci a pu prendre forme et se réaliser. Je tiens particulièrement à remercier mes amies Maya Shurbaji et Salma Kahale qui m'ont fortement encouragé à réaliser mon rêve de partir en France pour étudier la psychologie, sachant l'ampleur d'une telle décision. Je dois une grande partie du bonheur que j'éprouve aujourd'hui en exerçant ce métier à vous deux. Je tiens également à remercier mes deux sœurs Sana et Racha qui ont aussi cru en moi et m'ont encouragé malgré les impacts indirects de cette décision sur leurs vies

à l'époque. Bien que mes parents n'approuvaient pas au début ma décision de mettre terme à ma vie professionnelle en tant que dentiste et d'entamer de nouvelles études à l'étranger, ceux-ci ont continué à me soutenir financièrement et un peu plus tard moralement. Dans les dernières années, leur soutien, leur croyance en moi et leur fierté vis-à-vis mes décisions furent une source importante de courage et de force pour moi. Je tiens par conséquent à les remercier infiniment. Enfin, je remercie mon amie Sabrina pour son soutien sincère, ainsi que mes grands amis Yazan et Sawsan qui me poussent sans cesse à grandir par leur amour, leur clarté d'esprit et leur regard juste. Merci à toi aussi Jessica, pour ton amour qui t'a permis de me donner le coup de pieds final nécessaire pour me mettre à la rédaction de cet essai.

À un de ces hommes rares sur
terre dont j'ai la chance d'être
proche, à toi Yazan ...

TABLE DES MATIÈRE

LISTE DES FIGURES.....	VI
LISTE DES TABLEAUX.....	VIII
RÉSUMÉ.....	X
INTRODUCTION	1
CHAPITRE I.....	5
1.1 L'évolution de la conceptualisation de l'alliance thérapeutique	6
1.2 Les différentes composantes de la relation thérapeutique selon la conceptualisation de Gelso & Carter (1985) et la conceptualisation de Gaston (1990).....	12
1.3 Divergence de perspectives entre les deux protagonistes de la démarche psychothérapeutique quant à la force de l'alliance thérapeutique.	15
1.4 Les perspectives des clients par rapport aux éléments nécessaires à l'établissement d'une bonne relation thérapeutique	17
1.5 Questions de recherche.....	34
1.6 Objectifs du présent essai.....	35
CHAPITRE II	38
MÉTHODOLOGIE.....	38
2.1 Participants.....	40
2.2 Mesures	42
2.3 Procédure.....	49
2.4 Considérations éthiques.....	57
CHAPITRE III	60
RÉSULTATS	60
3.1 Analyses statistiques	61
3.2 Analyses détaillées des scores de deux clients et de leur thérapeute aux trois instruments de mesure.....	94
CHAPITRE IV	113

DISCUSSION	113
4.1 Discussion des résultats des analyses statistiques	113
4.2 Discussion des résultats des analyses détaillées des scores de deux clients et de leur thérapeute	131
CHAPITRE V	138
CONCLUSION	138
ANNEXE A	149
ANNEXE B.....	151
ANNEXE C.....	153
ANNEXE D	155
ANNEXE E.....	158
ANNEXE F	162
ANNEXE G	166
ANNEXE H	168
ANNEXE I.....	174
ANNEXE J.....	178
ANNEXE K	180
RÉFÉRENCES.....	186

LISTE DES FIGURES

Figure	Page
3.1 Un aperçu de la corrélation entre l'item8 du TACIQ et le score global du WAI cotés par les clients au 1er temps de mesure.....	62
3.2 Un aperçu de la corrélation entre l'item 8 du TACIQ et le score global du WAI complétés par les clients au 2ème temps de mesure.....	63
3.3 Comparaison des moyennes des scores donnés aux items 10, 14 et 15 du TACIQ par les huit clients qui ont coté ces items plus qu'une seule fois avec les scores des trois clients qui les ont cotés une seule fois vers la fin de leurs thérapies et les moyennes des scores donnés par les thérapeutes à ces items.....	72
3.4 Corrélation TACIQ9 avec Changement MI3.....	84
3.5 Corrélation TACIQ9 avec MI3-Temps1.....	84
3.6 Corrélation TACIQ9 avec MI3-Temps2.....	85
3.7 L'item 3 de la MI au 1er et au 2ème temps de mesure.....	85
3.8 Corrélation TACIQ9 avec Changement MI4.....	89
3.9 L'item 4 de la MI aux temps 1 et 2.....	89
3.10 Changement des scores de Sara et Mike pour les items de la MI entre le début et la fin de leurs démarches.....	96
3.11 Les scores de Sara et Mike pour les items de la MI au début de leurs démarches.....	99
3.12 Les scores de Sara et Mike pour les items de la MI à la fin de leurs démarches.....	99
3.13 Les scores de Sara et Mike pour le WAI global et les trois sous-échelles du WAI au 1er temps de mesure.....	100

3.14 Les scores de la thérapeute de Sara et Mike pour le WAI global et les trois sous-échelles du WAI au 1er temps de mesure.....	101
3.15 Les scores de Sara et sa thérapeute pour les items du WAI au 1er temps de mesure.....	102
3.16 Les scores de Mike et sa thérapeute pour les items du WAI au 1er temps de mesure.....	104
3.17 Les scores de Sara et Mike pour le WAI global et les trois sous-échelles du WAI au dernier temps de mesure.....	105
3.18 Les scores de la thérapeute de Sara et Mike pour le WAI global et les trois sous-échelles du WAI au dernier temps de mesure.....	106
3.19 Les scores de Sara et sa thérapeute pour les items du WAI au dernier temps de mesure.....	107
3.20 Les scores de Mike et sa thérapeute pour les items du WAI au dernier temps de mesure.....	108
3.21 Les scores de Mike et Sara pour les items du TACIQ au 1er temps de mesure.....	109
3.22 Les scores de Mike et Sara pour les items du TACIQ au dernier temps de mesure.....	110
3.23 Les scores de la thérapeute de Mike et Sara pour les items du TACIQ après les fins des suivis avec ces deux clients.....	111
3.24 Les scores de Sara pour les items du TACIQ au 1er et au dernier temps de mesure.....	112

LISTE DES TABLEAUX

Tableau	Page
1.1 Les catégories identifiées par les clients dans l'étude de Bedi (2006) et l'importance de chacune de celles-ci dans la formation de l'alliance au début du traitement.....	27
1.2 Résultats de l'étude de Duff et Bedi (2010): Corrélations entre 11 comportements identifiés comme étant cruciaux à l'établissement d'un bon lien thérapeutique et la force de l'alliance thérapeutique (le score global du WAI).....	33
2.1 Données sociodémographiques sur les thérapeutes stagiaires.....	41
2.2 Les différents moments de mesure pour chaque client.....	53
3.1 Comparaison des coefficients de corrélation, pour les items 8 et 15 du TACIQ, entre l'étude de Duff et Bedi (2010) et la présente étude au premier temps de mesure.....	65
3.2 Comparaison des coefficients de corrélation, pour l'item 1 du TACIQ, entre l'étude de Duff et Bedi (2010) et la présente étude au deuxième temps de mesure.....	66
3.3 Résultats du test <i>t</i> pour comparer les moyennes des scores donnés par les clients à la fin de leurs thérapies aux items 1, 10, 14 et 15 du TACIQ avec les moyennes des scores donnés à ces items par leurs thérapeutes.....	69
3.4 Corrélations entre les changements des scores aux items de la MI et les scores aux items du TACIQ coté pour la première fois.....	75

- 3.5 Corrélations marquées significatives entre les items du TACIQ cotés initialement par les 7 clients et le changement des scores de ces clients pour les items de la MI entre le début et la fin de leurs suivis.....78
- 3.6 Coefficients de corrélation, Pearson, par paire des items du TACIQ, avec les items de la nouvelle variable (*Changement des scores MI avec le temps*), ainsi qu'avec les items de la MI cotés au premier et au 2ème temps de mesure.....80
 - 3.6.a Corrélations items TACIQ et items MI pour les paires du 1er groupe.....81
 - 3.6.b Corrélations items TACIQ et items MI pour les paires du 2ème groupe.....86

RÉSUMÉ

Ce projet s'inscrit dans le cadre d'un courant de recherche qui s'intéresse à la compréhension de l'établissement et du maintien d'une bonne alliance thérapeutique. Cette recherche vise en particulier à mieux comprendre les éléments contribuant à l'établissement et au maintien du lien thérapeutique, dans un contexte de formation (stage). Nous explorons dans ce projet l'importance de certains comportements ayant été identifiés par les clients participant à quelques études exploratrices précédentes comme étant des éléments clés dans l'établissement d'une bonne alliance thérapeutique. Quinze de ces comportements ont été regroupés par Duff et Bedi (2010) dans un questionnaire qu'ils ont intitulé le TACIQ. Notre étude est une réplification de leur étude dans un contexte longitudinal. L'objectif principal de ce projet est d'évaluer les corrélations entre la perception des clients quant à la force de l'alliance thérapeutique d'un côté, et leurs perceptions quant à la fréquence de survenue des 15 comportements identifiés dans le TACIQ, à différents moments durant leurs suivis psychothérapeutiques. Cette étude vise également à comparer les perspectives des clients avec celles de leurs thérapeutes quant aux fréquences de survenue en thérapie de ces 15 comportements. Un troisième objectif de cette étude est d'explorer des liens possibles entre les perceptions initiales des clients quant à la fréquence de survenue en thérapie des comportements identifiés dans le TACIQ et le changement dans leur état psychologique entre le début et la fin de leurs thérapies. Ce projet vise parallèlement à vérifier la possibilité d'utiliser le TACIQ de façon opérationnelle par un observateur externe en visionnant les enregistrements audiovisuels de plusieurs séances de thérapies. Huit thérapeutes, stagiaires, doctorants en psychologie à l'Université du Québec à Montréal (UQAM), effectuant leur premier stage clinique au Centre des Services Psychologiques (CSP) de l'UQAM, durant les années scolaires 2013-2014 et 2014-2015, et 11 de leurs clients ont participé à ce projet. Les clients ont complété, à différents moments de leurs suivis, un questionnaire pour évaluer le niveau de leur fonctionnement psychologique (MI-10), le WAI pour évaluer la force de l'alliance thérapeutique, et le TACIQ. Les thérapeutes ont complété le WAI à différents moments durant leurs suivis avec les clients participant à l'étude, et ont complété une version adaptée pour eux du TACIQ, une seule fois à la fin du suivi avec chacun des 11 clients. En comparant les coefficients des corrélations entre les résultats obtenus dans cette étude et ceux rapportés par Duff et Bedi (2010), nous avons observé des différences significatives pour certains items du TACIQ (les items 1, 8 et 15). En procédant par des corrélations

linéaires entre les scores attribués par les thérapeutes et ceux attribués par leurs clients aux items du TACIQ, nous avons constaté que ceux-ci ne sont pas significativement corrélés. Quelques résultats semblent parallèlement pointer vers des liens possibles entre l'état psychologique initial de certains clients et leurs perceptions quant à la fréquence de survenue en thérapie de certains comportements identifiés dans le TACIQ. Nos observations semblent illustrer par ailleurs une dimension subjective assez importante dans la perception des items formulés dans le TACIQ, en pointant vers une divergence de perspectives entre les clients et leurs thérapeutes dans la cotation de cet instrument et entre les deux juges qui ont essayé de coter les items du questionnaire en visionnant les enregistrements de certaines séances. Dans la discussion des résultats obtenus dans ce projet nous tentons d'interpréter les différences significatives observées avec les résultats rapportés dans l'étude de Duff et Bedi (2010) à la lumière de la notion de temporalité dynamique du processus thérapeutique. Nous avançons l'idée que les besoins et les attentes des clients sont en mouvement dynamique et semblent évoluer au fur et à mesure de leurs suivis. Par ailleurs, les analyses détaillées des réponses de deux clients participant à cette étude et de leur thérapeute semblent mettre en valeur la notion de la «congruence» du thérapeute désignée par Rogers comme une des conditions nécessaires et suffisantes à l'efficacité thérapeutique. Des limites de l'étude et des pistes de réflexion futures sont finalement présentées.

Mots-clés : Alliance thérapeutique, perspective des clients, dynamique et temporalité du processus thérapeutique.

INTRODUCTION

L'importance de l'établissement d'une bonne alliance thérapeutique dans un processus psychothérapeutique a été démontrée par plusieurs études ayant souligné des corrélations positives entre la force de l'alliance thérapeutique et l'issue du traitement¹ (Castonguay et Beutler, 2006; Horvath et Bedi, 2002; Horvath, Del Re, Flückiger et Symonds, 2011; Martin, Garske et Davis, 2000). Dans une méta-analyse recensant 201 études portant sur l'alliance thérapeutique, Horvath et ses coll. (2011) démontrent une relation de taille modérée, mais très fiable ($r = .275$, $p < .0001$) entre la qualité de l'alliance et les résultats des démarches en psychothérapie. Ils concluent en disant que :

Le développement d'une alliance «suffisamment bonne» au début de la thérapie est vital pour le succès de la thérapie : d'une part, l'établissement d'une bonne alliance prévient les clients d'abandonner la thérapie, et de l'autre part, le sens de collaboration crée un «espace de travail», avec de l'espace pour introduire de nouvelles façons d'aborder les préoccupations des clients. (Horvath et ses coll., 2011, p. 15)

¹ L'issue du traitement est évaluée par certains questionnaires mesurant le niveau du fonctionnement et de détresse psychologique.

Dans le même sens et en se basant sur les recherches empiriques étudiant la corrélation entre l'alliance et les bienfaits thérapeutiques, Castonguay, Constantino et Holtforth (2006, p. 272) rapportent qu'« il semble prudent de supposer que les thérapeutes devraient s'efforcer d'établir, de surveiller et de maintenir une bonne alliance thérapeutique avec leurs clients, indépendamment du problème clinique du client ou du type du traitement utilisé ».

Depuis les années 80, différents outils d'évaluation ont été développés par plusieurs équipes de recherche, permettant l'évaluation de la qualité de l'alliance de différents points de vue, soit celui du client, du thérapeute, ou d'un observateur externe (Alexander & Luborsky, 1986; Horvath & Greenberg, 1989; Luborsky, Crits-Christoph, Alexander, Margolis, et Cohen, 1983, Luborsky, McLellan, Woody, O'Brien, et Auerbach, 1985; Marmar, Weiss, & Gaston, 1989; Marziali, 1984; Saunders, Howard, & Orlinsky, 1989). Depuis le développement de ces outils de mesure, plusieurs études ont rapporté des corrélations relativement faibles entre l'évaluation de l'alliance par les clients et l'évaluation de celle-ci par les thérapeutes, mettant ainsi l'accent sur une certaine divergence de perspectives entre les deux protagonistes de la démarche thérapeutique (Casey, Oei, & Newcombe, 2005; Kivlighan & Shaughnessy, 1995; Mallinckrodt & Nelson, 1991).

Certains chercheurs et théoriciens ont démontré que lorsque l'alliance est évaluée par les clients, celle-ci a davantage de valeur prédictive des résultats thérapeutiques, que lorsqu'elle est évaluée par les thérapeutes (Fitzpatrick, Iwakabe, & Stalikas, 2005; Horvath & Bedi, 2002; Horvath & Symonds, 1991). Par ailleurs, l'évaluation de l'alliance par les clients semble être plus sensible que l'évaluation de celle-ci par les thérapeutes quant à la prédiction de l'abandon des clients de la thérapie (Samstag, Batchelder, Muran, Safran, & Winston, 1998). Par conséquent, la compréhension de la perception de l'alliance du point de vue du client, s'avère être une des pierres angulaires dans la compréhension du processus thérapeutique et de son efficacité.

Cet essai vise à jeter plus de lumière sur la formation et l'évolution de l'alliance thérapeutique durant le processus psychothérapeutique en s'attardant davantage sur les points de vue des clients. Après un exposé théorique de l'évolution du concept de l'alliance thérapeutique, nous allons présenter les résultats d'un courant de recherche relativement récent qui traite de la perspective des clients quant aux éléments nécessaires à l'établissement d'une bonne relation thérapeutique. Nous allons par la suite mener une étude exploratoire avec comme objectif principal d'explorer le point de vue des clients à différents moments de leurs processus thérapeutiques par rapport à certains éléments ayant été identifiés dans des études précédentes comme étant nécessaires à la formation d'une bonne alliance thérapeutique. Le deuxième chapitre

présente la méthodologie utilisée dans cet essai, c'est-à-dire les participants, les instruments de mesure, la procédure de recrutement et de passation des instruments de mesure. Le troisième chapitre se divise en deux sections, la première représente les résultats des analyses statistiques des données et la deuxième représente des analyses détaillées des scores de deux clients et de leur thérapeute. Dans le quatrième chapitre nous discutons de nos résultats en les confrontant aux résultats d'études empiriques antérieures et aux connaissances en psychologie clinique. Le dernier chapitre en guise de conclusion reprend les résultats saillants de cette étude en soulignant les limites de celle-ci et en présentant des pistes de réflexion pour les recherches futures.

CHAPITRE I

Dans ce chapitre sera premièrement exposée l'évolution de la conceptualisation de l'alliance thérapeutique depuis la naissance de cette notion au sein même de la pratique psychanalytique dans les écrits de Freud et de ses successeurs, jusqu'à sa forme contemporaine, influencée essentiellement par la conceptualisation de Bordin (1979). En deuxième temps, seront présentées les différentes composantes de la relation thérapeutique, telles que définies dans la conceptualisation de Gelso & Carter (1985) et la conceptualisation de Gaston (1990). En troisième temps, nous allons présenter les résultats empiriques d'une équipe de recherche illustrant la divergence de perspectives entre les thérapeutes et leurs clients quant à l'évaluation de la force de l'alliance, ainsi que certaines hypothèses émises par ces chercheurs et d'autres théoriciens dans le but d'expliquer cette divergence de perspectives. En quatrième temps, nous allons exposer les résultats de différentes recherches traitant de la perspective des clients par rapport à la relation thérapeutique. Des éléments identifiés comme étant cruciaux à l'établissement et au maintien d'une bonne alliance thérapeutique par les clients participant à ces études seront également présentés dans cette partie. Nous allons finir ce chapitre en présentant les questions de recherche et les objectifs principaux de cet essai.

1.1 L'évolution de la conceptualisation de l'alliance thérapeutique

La reconnaissance de l'importance des aspects collaboratifs dans la relation thérapeutique peut être retracée dans les écrits de Freud (1912/1966), qui a décrit une sorte de transfert positif, caractérisé par des aspects amicaux, affectueux et admissibles à la conscience. Bioy et ses collaborateurs (2012) soulignent que c'est surtout dans son texte intitulé *Le Début du traitement*, publié en 1913 que Freud met clairement l'accent sur l'importance d'attacher le patient à la personne du thérapeute. Freud souligne dans ce texte l'importance d'une attitude de *sympathie compréhensive* de la part de l'analyste dans le but de créer un lien d'attachement suffisamment bon avec le patient, un lien indispensable pour entamer la démarche analytique et sans lequel même les plus ingénieuses des interprétations ne seraient pas véritablement entendues, et ne feraient, au contraire, que renforcer les résistances du patient (Freud, 1953, p. 99-100).

Bioy et ses collaborateurs (2012) expliquent qu'après Freud, Ferenczi – un psychanalyste hongrois qui aurait suivi une psychanalyse avec Freud – a commencé dans les années trente à s'interroger sur la question de la personnalité de l'analyste et à souligner l'impact du « *thérapeute réel* » sur la dynamique transféro-contre-transférentielle. Ainsi, les derniers auteurs soulignent la naissance avec Ferenczi des prémisses du concept de la relation réelle en psychanalyse, la relation actuelle entre la

personne du patient et la personne de l'analyste, par opposition à la relation transférentielle. Richard F. Sterba serait selon Bioy et ses collaborateurs (2012) le premier à mettre l'accent sur la capacité du moi du patient à élaborer une relation rationnelle et consciente de collaboration avec l'analyste. Dans un article intitulé *Le sort du Moi dans la thérapie analytique*, Sterba (1934) propose d'engager le patient vers une « dissociation thérapeutique du Moi », une coupure permettant une dissociation du moi, qui devient à la fois l'objet et le sujet de l'observation. Autrement dit, une partie du moi, qui est la partie centrée sur la réalité, se met à observer et à critiquer la deuxième partie, celle qui se trouve plutôt sous l'emprise des forces inconscientes opposées, les forces du ça (des pulsions) et du surmoi (des défenses). L'analyste, par ses interprétations des réactions transférentielles et des résistances au transfert et en permettant à son patient un processus d'identification à sa personne, peut, selon Sterba, établir une alliance avec la partie « analysante » du moi du patient contre les forces inconscientes qui essaient d'assujettir ceci. Sterba (1934) illustre cette alliance entre le patient et l'analyste en soulignant l'émergence d'un « nous » durant l'analyse, un « nous » qui englobe l'analyste et la partie rationnelle, observatrice, collaboratrice du moi du patient. Sterba explique dans son article que cette capacité de dissociation du moi est une condition au travail analytique.

Elisabeth Zetzel serait selon Bioy et ses collaborateurs (2012) la première à avancer l'idée que l'alliance thérapeutique est essentielle à l'efficacité de n'importe quelle

intervention thérapeutique. Dans son article intitulé *Les concepts actuels du transfert* (*Current concepts of transference*), publié en 1956, nous constatons entre autres les influences de Mélanie Klein, Anna Freud, Donald Winnicott et Richard Sterba sur la conceptualisation de Zetzel de l'analyse et particulièrement du transfert en analyse. Bioy et ses collaborateurs (2012) expliquent que le concept de l'alliance thérapeutique chez Zetzel est étroitement lié à la capacité fondamentale à former une relation de confiance stable entre le patient et l'analyste. Ils disent à ce propos :

Zetzel pensait que lorsque la capacité à former une relation de confiance stable n'était pas présente d'emblée, il était nécessaire que le thérapeute suscite une relation de support qui facilite le développement d'une alliance, de la même façon que la mère fournit un environnement maternel approprié pour faciliter le développement d'un sentiment de confiance fondamental. (Bioy et ses coll. 2012, p. 345)

Zetzel considérait l'alliance thérapeutique comme provenant de l'attachement du patient et de son identification à l'analyste et comme une répétition de bons aspects de la relation mère-enfant. Bioy et ses coll. (2012) font le lien entre la conceptualisation de l'alliance par Zetzel et la notion d'empathie maternelle développée par Winnicott.

Parallèlement, Carl Rogers a développé, au courant des années 50, l'approche de la psychothérapie centrée sur le client, mettant l'accent sur l'importance de développer une bonne relation avec ce dernier afin d'assurer une thérapie efficace. Dans son

approche, Rogers (1957) définit six conditions relationnelles nécessaires et suffisantes à l'efficacité thérapeutique dans la réalisation du changement psychothérapeutique chez la personne qui vient consulter. Il met l'accent sur trois conditions représentant des attitudes clés que le thérapeute est invité à incarner dans son lien avec ses clients. La première est la «congruence» du thérapeute, une notion faisant allusion à l'authenticité et à la sincérité du thérapeute dans son lien avec son client. Cette notion exige un degré assez élevé de conscience et de connaissance de soi chez le thérapeute et une capacité d'acceptation de soi avec ses failles et ses imperfections. La deuxième attitude nécessaire au changement thérapeutique est selon Rogers le regard positif inconditionnel du thérapeute vis-à-vis son client. Cette notion implique selon Rogers une acceptation chaleureuse et inconditionnelle de tous les aspects du client. Il s'agit donc d'une attitude de non jugement qui va au delà du bien et du mal vers une acceptation totale de l'autre comme être humain imparfait. Cette notion du regard positif consiste également à accepter l'autre (le client) dans sa propre subjectivité, comme étant un être séparé du thérapeute, ayant ses propres sentiments et son propre vécu expérientiel. La troisième condition selon l'approche rogérianne est l'empathie du thérapeute à l'égard de son client. Cette notion représente l'habileté du thérapeute à sentir le monde émotionnel subjectif de son client «comme s'il était le sien, sans jamais le prendre réellement pour le sien. Autrement dit, il s'agit de la capacité du thérapeute à se représenter subjectivement le monde émotionnel de son client tout en maintenant une séparation claire entre son propre monde émotionnel et celui de son client. Cette notion implique également la capacité

du thérapeute à communiquer sa compréhension, en mettant des mots sur ce que son client pourrait éprouver sur le plan émotionnel même lorsque ce dernier n'en semble pas assez conscient. La capacité du thérapeute à ajuster le ton de sa voix en résonnance avec le vécu émotionnel de son client fait également partie inhérente de la conceptualisation rogérianne de la réponse empathique du thérapeute. Rogers (1957) met l'accent dans sa théorisation sur l'importance de communiquer avec succès son acceptation inconditionnelle et sa compréhension empathique en tant que thérapeute à son client. Il importe selon Rogers que le client puisse percevoir, minimalement au moins, l'empathie et le regard positif inconditionnel de son thérapeute; sinon aucun processus de changement thérapeutique ne peut être initié. L'empathie doit par conséquent selon la conceptualisation rogérianne être manifeste dans l'attitude du thérapeute et communiquée adéquatement par ce dernier.

Greenson (1965) a commencé à souligner le rôle du patient dans l'établissement de l'alliance. Il a défini l'alliance comme étant la capacité du patient à travailler délibérément dans le contexte thérapeutique. Greenson (1977) décrit la relation thérapeutique comme étant constituée de deux volets, un volet transférentiel, et un volet relevant de la relation réelle entre le patient et l'analyste. Le terme réel serait ainsi utilisé comme opposition à ce qui serait transférentiel, la relation réelle comprend des perceptions et des réactions non déformées par les expériences passées des deux protagonistes de l'analyse, des réponses réalistes qui s'accordent à la

situation actuelle. Greenson (1977) propose ainsi de ne pas perdre de vue qu'à côté d'un travail à partir du transfert, existent des données en lien avec la relation telle qu'elle se présente dans sa réalité entre l'analyste et son patient. Dans le même sens que Sterba, Greenson (1977) explique que le rôle de l'analyste est de soutenir l'émergence et la solidification du moi «raisonnable» chez l'analysé en l'aidant à nouer une relation d'objet relativement raisonnable, rationnelle, désexualisée et non agressive à son analyste.

Parallèlement, Luborsky (1976) a distingué deux types d'alliance, le type I : l'« alliance thérapeutique » et le type II : l'« alliance de travail ». Le premier type est « fondé sur la perception du patient de son thérapeute comme étant une source d'aide et de soutien » (Luborsky, 1976, p. 94). Tandis que le deuxième type de l'alliance ferait selon cet auteur plutôt allusion à l'investissement du client dans le processus thérapeutique et est défini comme « un sentiment [chez le patient] de travailler ensemble [avec son thérapeute] dans une lutte commune contre ce qui gêne le patient » (Luborsky, 1976, p. 94). Ainsi, l'accent sera de plus en plus mis sur la notion de la mutualité, ou du travail ensemble entre le client et le thérapeute dans la conceptualisation de l'alliance thérapeutique.

Dans les années 70 également, Bordin a cherché à trouver une conceptualisation générale de l'alliance de travail, permettant de transporter ce concept du cadre psychanalytique dans lequel il a émergé et évolué, son but étant de pouvoir généraliser ce concept à tout type de psychothérapie, indépendamment de l'approche théorique. Bordin (1979) a ainsi proposé une définition transthéorique de l'alliance de travail, comme une entité conceptuelle comportant trois composantes : (a) le lien entre le patient et le thérapeute; (b) l'accord sur les objectifs de la démarche thérapeutique, et (c) l'accord sur les tâches permettant la réalisation des objectifs. Ainsi, Bordin fait une distinction nette entre l'alliance de travail, qui relèverait plutôt selon sa conceptualisation de ce qui se passe au niveau conscient entre le patient et son thérapeute, et les phénomènes transférentiels appartenant au fonctionnement inconscient. Bordin (1979) postule que l'efficacité d'une démarche en psychothérapie dépend de la force de l'alliance de travail entre le thérapeute et son patient.

1.2 Les différentes composantes de la relation thérapeutique selon la conceptualisation de Gelso & Carter (1985) et la conceptualisation de Gaston (1990)

Gelso & Carter (1985) ont développé et élargi la conceptualisation de la relation thérapeutique par Greenson. Ces auteurs proposent que toute relation thérapeutique est composée de trois composantes : (a) l'« alliance de travail », (b) la « relation transférentielle » et (c) la « relation réelle ».

1.2.1 L'« alliance de travail » :

Gelso et Carter (1985) s'appuient sur les conceptualisations de Sterba, Greenson et Bordin dans leur définition de cette composante de la relation thérapeutique. Ils la définissent comme étant « *un alignement émotionnel qui est à la fois encouragé et nourri par le lien affectif, l'accord sur les objectifs et sur les tâches.* » (Gelso et Carter, 1985, p. 163). Ces auteurs expliquent que cet alignement survient entre le côté raisonnable du client, par opposition au côté inconscient de ce dernier, et le côté travaillant ou 'therapisant' du thérapeute. Donc, ce premier niveau implique une certaine entente rationnelle, affective, et consciente entre le thérapeute et le client afin d'aider ce dernier à aller mieux.

1.2.2 La « relation transférentielle » :

Cette composante qui comprend deux versants, un du côté du client (le transfert) et un du côté du thérapeute (le contretransfert) est biaisée selon Gelso et Carter (1985) dans le sens qu'elle comprend de mauvaises perceptions et des interprétations basées sur des relations significatives qui ont eu lieu dans le passé de chacun des deux participants. Elle est donc par définition moins raisonnable que la première composante.

1.2.3 La « relation réelle » :

Cette troisième composante comporte l'éventail d'émotions, de pensées et d'attitudes authentiques qui peuvent survenir entre le thérapeute et le client. Gelso et Carter (1985) expliquent que les perceptions et les interprétations dans la « relation réelle » sont réalistes, par opposition à la relation transférentielle. Ainsi, cette composante se rapproche de la notion de la relation thérapeutique telle que décrite dans l'approche rogérianne.

Gelso & Carter (1985) expliquent que ces trois composantes sont fortement interactives et inter reliées. Ils ajoutent que celles-ci sont perçues de façon inséparable durant le processus thérapeutique, de telle manière que seul le sens global de la relation est expérimenté par les participants.

Dans une tentative d'intégration de plusieurs conceptualisations de l'alliance, Gaston (1990) rapporte que la dimension du lien dans la conceptualisation de Bordin reprend l'importance des aspects affectifs de l'alliance, tels que décrits par Freud (1912/1966), Luborsky (1976) et Zetzel (1956). Quant à l'accord sur les objectifs et les tâches, cette dimension se réfère, selon Gaston, à des aspects plus cognitifs de l'alliance, en focalisant sur la congruence entre les croyances du patient et du thérapeute sur la façon dont les gens changent en psychothérapie. Gaston (1990) propose une définition de l'alliance comportant quatre dimensions relativement

indépendantes : (a) l'alliance thérapeutique, qui est une relation affective du patient au thérapeute, (b) l'alliance de travail, qui est la capacité du patient à travailler avec détermination en thérapie, (c) la compréhension empathique du thérapeute et l'implication de celui-ci dans le traitement, et (d) l'accord entre le patient et le thérapeute sur les objectifs et les tâches de traitement.

La conceptualisation de l'alliance par Gaston semble par conséquent plus exhaustive et inclusive que les conceptualisations précédentes, incluant à la fois la capacité du patient à travailler en thérapie, inspirée ainsi par la conceptualisation de Greenson et de Sterba, la capacité du thérapeute à comprendre empathiquement le vécu de son patient, intégrant ainsi la conceptualisation rogérianne de la relation thérapeutique, et le lien affectif entre les deux protagonistes de la démarche thérapeutique ainsi que leur accord sur les objectifs et sur les tâches à réaliser en thérapie, reprenant ainsi la conceptualisation de Bordin.

1.3 Divergence de perspectives entre les deux protagonistes de la démarche psychothérapeutique quant à la force de l'alliance thérapeutique.

Tryon, Blackwell et Hammel (2007) ont mené une méta-analyse dans le but d'examiner jusqu'à quel point les perspectives des clients et des thérapeutes convergent par rapport à l'alliance. Commentant la revue de littérature, qui contenait 52 ensembles de données distincts publiés dans des revues à comité de lecture depuis

1985 jusqu'à 2006, ces auteurs ont rapporté qu'« en ce qui concerne l'alliance, la divergence de perspectives entre les clients et les thérapeutes peut être la règle plutôt que l'exception » (Tryon et ses collaborateurs, 2007, p. 630). En analysant l'ensemble des données, les derniers auteurs ont conclu à une certaine convergence, mais aussi à une divergence importante de perspectives entre les clients et les thérapeutes quant à l'évaluation de l'alliance. Les résultats obtenus ont démontré que les évaluations de l'alliance par ces deux sources distinctes étaient modérément corrélées ($r=.36$, $N=2331$). Toutefois, un effet de taille moyen à grand de la différence de moyennes entre les évaluations de l'alliance par les clients et par les thérapeutes a été démontré, avec une tendance chez les clients à noter l'alliance de façon plus élevée que leurs thérapeutes ($d=.63$, $é.t.=.42$). Les auteurs ont identifié quelques facteurs modérateurs pouvant influencer l'ampleur de la divergence de perspective entre les clients et les thérapeutes, comme par exemple la sévérité de perturbation mentale et l'abus de substances chez les clients, ainsi que les instruments de mesure utilisés pour évaluer la force de l'alliance. Dans une tentative d'expliquer cette divergence de perspectives, Tryon et coll. (2007) ont rapporté :

Il semble que les évaluateurs [thérapeutes et clients] peuvent apporter des perspectives différentes à leurs évaluations, ce qui conduit à des évaluations semblables, mais non identiques [...] les thérapeutes ont connu l'alliance avec d'autres clients et peuvent évaluer les relations avec leurs clients actuels par rapport à celles avec les clients précédents. Les clients peuvent toutefois avoir eu l'expérience avec d'autres professionnels de la santé et peuvent évaluer l'alliance par rapport à cette perspective. [...] Les clients peuvent également

comparer leurs expériences avec les thérapeutes avec des interactions avec des amis, des membres de la famille, ou des gens de l'église. (Tryon et coll., 2007, p. 638)

Dans le même sens Horvath & Bedi (2002), ont rapporté que :

[...] l'expérience phénoménologique de la relation par les thérapeutes est contextualisée par leurs perspectives théoriques et leur expérience clinique. Tandis que l'expérience ressentie du client en thérapie n'est pas seulement le résultat de l'expérience dialectique dans la salle de thérapie, mais est également interprétée à la lumière de l'histoire relationnelle passée du client. (Horvath & Bedi, 2002, p. 51)

Par ailleurs certains théoriciens, comme Kohut par exemple, parlent d'une tendance chez certains clients à idéaliser leur thérapeute, ce qui leur permet de réactiver des conflits et des besoins archaïques (Kohut, 1984). Cette tendance à l'idéalisation pourrait, au moins dans un premier temps du processus thérapeutique, participer à rendre compte de la divergence de perspective entre les clients et les thérapeutes quant à la force de l'alliance, et de la tendance des premiers à coter l'alliance de façon plus élevée que les derniers.

1.4 Les perspectives des clients par rapport aux éléments nécessaires à l'établissement d'une bonne relation thérapeutique

Plusieurs chercheurs se sont mis récemment à s'intéresser aux points de vue des clients dans le but de comprendre les éléments qui seraient selon ces derniers importants pour l'établissement d'une bonne relation thérapeutique. Nous allons exposer dans cette partie les résultats de 5 études traitant de ce point.

Bachelor (1995) a mené une étude qualitative afin d'explorer la notion de l'alliance thérapeutique du point de vue des clients. L'auteur a demandé aux clients participant à son étude de décrire, avec le plus de détails possibles, ce que signifie pour eux une bonne relation de travail thérapeutique (comment perçoivent-ils cette relation ? De quoi celle-ci est composée ? Et quelles en sont les principales caractéristiques ?) Quatre juges formés à la méthode d'analyse phénoménologique ont regroupé les réponses des clients dans trois grandes catégories, distinguant ainsi trois types d'alliance décrits par les clients : (a) l'« alliance nourricière », (b) l'« alliance axée sur la compréhension » et (c) l'« alliance participative ». La majorité des clients participant à l'étude de Bachelor (1995) ont décrit la bonne relation thérapeutique comme étant celle dans laquelle ils peuvent ressentir les attributs facilitateurs de leur thérapeute – en particulier le respect, le non-jugement, la compréhension empathique et l'écoute attentive – qui sont considérés, par ces clients, comme des facteurs conduisant à la divulgation de soi. Ces clients ont ajouté qu'une bonne alliance thérapeutique nécessite également un thérapeute compétent, actif, ou directif. L'auteur a désigné ce type d'alliance par le terme « alliance nourricière ». Dans un

deuxième ordre, une bonne partie des clients dans l'étude de Bachelor (1995) ont défini la bonne relation thérapeutique comme étant celle qui les aide à améliorer leur compréhension d'eux-mêmes à travers les interprétations du thérapeute des matériaux importants apportés par les clients dans les séances. Par ailleurs, d'après les réponses de ces clients, une bonne relation thérapeutique devrait les aider à prendre conscience et à déterminer leurs besoins et leurs objectifs. L'auteur a désigné ce type d'alliance par le terme « alliance axée sur la compréhension ». Enfin, une minorité de clients dans l'étude de Bachelor (1995) ont défini la bonne relation thérapeutique comme étant celle dans laquelle ils se sentent impliqués dans le processus thérapeutique, dans le sens où ils ont des responsabilités à assumer. Bien que l'alliance soit décrite par ces clients comme étant collaborative, l'accent est davantage mis par ceux-ci sur la collaboration active du thérapeute. Ces clients ont ajouté qu'une bonne alliance thérapeutique nécessite également une confiance mutuelle, ainsi que le respect et le non-jugement de la part du thérapeute. L'auteur a désigné ce type d'alliance par le terme « alliance participative ». À la lumière de ces résultats, Bachelor (1995) a conclu que les ingrédients considérés comme étant essentiels pour l'établissement d'une bonne alliance thérapeutique varient entre les clients. Cependant, l'auteur rapporte que la plupart des clients participant à son étude valorisent certaines qualités chez le thérapeute, tel que le respect, le non-jugement, l'écoute attentive, la compréhension empathique et la compétence.

En se basant sur le lien important entre la perception de l'alliance par les clients et les résultats thérapeutiques, qui a été mentionné antérieurement, Fitzpatrick et son équipe de recherche ont mené deux études qualitatives (Fitzpatrick, Janzen, Chamodraka, et Park 2006; Fitzpatrick, Janzen, Chamodraka, Gamberg, et Blake 2009) dans le but de comprendre comment les clients perçoivent le développement de l'alliance en début de traitement. Les participants dans la première étude étaient des clients d'un centre de consultation psychologique dans une université canadienne, leurs thérapeutes étaient des étudiants au niveau de maîtrise effectuant leur premier stage clinique (Fitzpatrick et coll., 2006). Quant aux participants dans la deuxième étude, ceux-ci étaient des clients de deux centres de consultation psychologique à deux différentes universités canadiennes, souffrant principalement de dépression et suivis par des thérapeutes diplômés ayant un niveau d'expérience qui variait entre 3 et 25 ans après l'obtention de leur diplôme (Fitzpatrick, et coll., 2009). Les auteurs de ces deux études ont identifié plusieurs comportements et attitudes des thérapeutes considérés par les clients comme étant des éléments clés à l'établissement d'une bonne alliance thérapeutique. En comparant les réponses des clients dans les deux études, Fitzpatrick et ses collaborateurs (2009) ont classé les éléments clés nommés par les clients dans quatre catégories : (a) « Le thérapeute a aidé le client à réfléchir ou à agir d'une nouvelle façon », (b) « le thérapeute était aidant et rassurant », (c) « le thérapeute a donné quelque chose de spécial », de l'attention spéciale par exemple, ou a dévoilé des renseignements personnels à son client, (d) «Le thérapeute a répondu au désir du client », la caractéristique principale de cette catégorie est que le thérapeute a pu

entendre un besoin ou un désir chez son client et a donné à celui-ci ce qu'il espérait obtenir en thérapie. Ce besoin ou ce désir peut être exprimé directement ou pas par le client. Par exemple un client peut demander à son thérapeute de répéter une intervention particulière qu'il a trouvée efficace, ou un client peut désirer que son thérapeute cesse d'expliquer une technique et fasse davantage attention à ses besoins émotionnels actuels. Les résultats de ces deux études ont amené les auteurs à suggérer que, du point de vue des clients, ce sont essentiellement les interventions de leurs thérapeutes qui ont été considérées comme des incidents cruciaux à l'établissement de l'alliance. Cette observation, selon les mêmes auteurs, confirme l'idée de Horvath qui postule que les interventions et la relation sont « *les deux faces d'une même médaille* » (Horvath, 2001, p. 370). Cependant, dans leur étude de 2009, Fitzpatrick et ses collaborateurs ont rapporté que les clients ont reconnu leur contribution au développement de la relation thérapeutique par leur auto-divulgence productive, leur ouverture et leur réceptivité active aux commentaires du thérapeute. Dans les deux études précédentes (Fitzpatrick et coll., 2006 et 2009), les clients ont attribué des significations positives aux interventions des thérapeutes. La plupart des significations exprimées par les clients dans la première étude (Fitzpatrick, et coll., 2006) se référaient aux clients (par exemple, lorsque mon thérapeute fait ou dit cela j'ai l'impression que « je suis important », « je suis le centre », « je suis Ok »...). Tandis que la plupart des significations attribuées par les clients de la deuxième étude (Fitzpatrick, et coll., 2009) aux interventions de leurs thérapeutes se référaient à ces derniers (Ex. lorsque mon thérapeute fait ou dit cela j'ai l'impression qu' « il écoute

vraiment », qu'« il est compétent », qu'« il comprend », ou qu'« il se soucie de mon bien-être »). Dans une tentative d'explication de cette différence d'attribution de sens aux interventions entre les clients dans les deux études, Fitzpatrick et ses collaborateurs (2009) ont postulé que l'état psychologique des clients dans les deux études pourrait rendre compte de cette différence. Les clients dans la deuxième étude étaient déprimés. Les auteurs ont rapporté la tendance chez les personnes déprimées à attribuer les événements positifs aux causes externes (Fresco, alloy, & Reilly-Harrington, 2006; Peterson, Bettes, & Seligman, 1985). Cette tendance pourrait rendre compte du fait que les clients dans la deuxième étude ont attribué les sens des incidents positifs à leurs thérapeutes. Tandis que les clients dans la première étude étaient selon les auteurs moins affectés sur le plan pathologique, ceux-ci auraient donc plus tendance à s'attribuer les significations positives des interventions de leurs thérapeutes. Fitzpatrick et ses collègues expliquent que, selon la perspective des clients, ce sont les significations attribuées aux interventions qui comptent dans la formation de l'alliance plutôt que les interventions en soi. Selon les mêmes auteurs, l'attribution des clients de significations positives aux interventions de leurs thérapeutes, ou au processus thérapeutique général, déclenche chez les premiers un ensemble de sentiments positifs, comme la confiance, le confort, la sécurité, etc. Les auteurs postulent que ce processus augmente la motivation des clients à s'impliquer davantage dans le processus thérapeutique, en s'ouvrant de plus en plus dans leurs interactions avec leurs thérapeutes. Ces constats ont mené Fitzpatrick et ses collaborateurs (2006) à élaborer leur modèle explicatif du rôle de l'alliance dans le

processus thérapeutique, qu'ils ont nommé « le processus de la spirale positive : émotion-exploration ». Ils l'expliquent ainsi :

[...] Les interventions se sont vues attribuer des sens par les clients. Quand un sens a eu un caractère positif, les clients ont réagi en augmentant leur ouverture et leur niveau d'exploration. L'impact de ce processus sur la relation a été l'expérience par les clients de sentiments positifs, ceux-ci ont abouti à une exploration plus poussée, ou même au déclenchement des sentiments plus positifs chez les clients. (Fitzpatrick et coll., 2006, p. 493)

Fitzpatrick et coll. (2006) rapportent que leur modèle peut rendre compte du résultat obtenu par certaines études empiriques qui postulent que la qualité de l'alliance thérapeutique évaluée tôt en thérapie est un prédicteur robuste du résultat de la thérapie (Castonguay, Constantino et Holtforth, 2006; Horvath & Bedi, 2002; Krupnick et al., 1996). Les auteurs expliquent que les incidents rapportés par les clients comme étant des éléments clés à la formation de l'alliance peuvent se produire tôt en thérapie, permettant ainsi le déclenchement du processus de la spirale positive, qui mène à une plus grande ouverture à l'exploration de soi, accompagnée d'un éventail de sentiments positifs, deux conditions favorables à l'accomplissement d'un travail thérapeutique optimal.

Bedi, Davis et Williams (2005) ont mené une étude qualitative, préliminaire et exploratoire dans le but d'acquérir une meilleure compréhension de la construction de l'alliance, selon la perspective des clients. Ces auteurs ont recensé 376 incidents clés dans la formation de l'alliance, auprès de 40 clients. Ils ont ainsi identifié une série d'« ingrédients de l'alliance », qui n'étaient pas pris en considération dans les conceptualisations de l'alliance basées sur les perspectives des théoriciens. Par ailleurs, les auteurs ont constaté que, du point de vue des clients, ce sont les thérapeutes qui ont été considérés comme étant principalement responsables de la formation de l'alliance, et que les interventions ou les techniques thérapeutiques déployées par ces derniers ont directement contribué à la formation et au renforcement de l'alliance. Dans une étude subséquente, Bedi (2006) a demandé aux clients de nommer les éléments qui étaient, de leur point de vue, cruciaux à la formation et au renforcement de la relation thérapeutique au début du traitement. Dans un premier temps, les clients ont nommé 74 éléments. Dans une deuxième étape, l'auteur a demandé aux participants de classer les éléments précédents dans des catégories conceptuellement homogènes, mutuellement exclusives, et auto-définies par les participants. L'auteur a également demandé aux participants d'évaluer l'importance de chaque énoncé dans ces catégories, en utilisant une échelle allant de 1 (pas important) jusqu'à 5 (extrêmement important). Dans un ordre descendant d'importance, les analyses statistiques ont repéré les 11 catégories suivantes (voir tableau 1.1 ci-dessous) : (a) « Validation », cette catégorie regroupe les comportements et les attitudes manifestés par le thérapeute dans le but de valider

l'expérience du client (par exemple, le thérapeute normalise la réaction du client, identifie et reflète les sentiments de ce dernier, paraphrase ce que le client dit et fait des commentaires positifs ou encourageants à propos de celui-ci, etc.). (b) « Éducation », dans cette catégorie, les clients ont souligné l'importance d'apprendre de nouvelles compétences ou habiletés en thérapie. (c) « Gestes non verbaux », les clients dans cette étude ont identifié certains gestes non verbaux de la part de leurs thérapeutes, qu'ils ont considérés cruciaux pour la formation de l'alliance (Ex. le fait que le thérapeute hoche sa tête en écoutant son client parler, se penche en avant vers le client, ou fait un contact visuel avec celui-ci). (d) « Présentation & langage corporel », cette catégorie représente la façon dont le thérapeute se présente à son client et le langage corporel du premier (par exemple, le thérapeute salue son client en lui serrant la main à la première rencontre, accompagne son client en sortant du bureau, s'assoit directement en face de son client et non derrière un bureau, accueille son client au début de chaque session avec un sourire, en appelant ce dernier par son nom). (e) « Guidage & confrontation », dans cette catégorie, les clients regroupent certains comportements effectués par leurs thérapeutes dans le but de les confronter, ou d'établir le sens d'orientation durant les séances (par exemple, le thérapeute ramène le client au thème de la séance, confronte son client, se renseigne par rapport aux objectifs thérapeutiques du client, ou établit son rôle en tant qu'entraîneur en indiquant que le client est la meilleure personne à se connaître, etc.) (f) « Références & matériaux recommandés », dans cette catégorie, les clients ont regroupé les références effectuées par leurs thérapeutes aux services utiles et disponibles dans la

société et la suggestion de certains matériels par ces derniers (Ex. des livres, des vidéos, des sites Web à consulter) (g) « Honnêteté », cette catégorie représente l'honnêteté du thérapeute comme perçue par le client (par exemple, le fait que le thérapeute dévoile des renseignements personnels devant le client, qu'il transfère des informations négatives à son client et qu'il écoute les réactions personnelles, négatives et sincères de son client envers lui). (h) « Soutien émotionnel et soins », cette catégorie représente des comportements perçus par les clients comme des tentatives de leur thérapeute pour prendre soin d'eux et leur procurer un soutien émotionnel (par exemple, le thérapeute laisse le client pleurer et lui donne un mouchoir lorsqu'il pleure, le thérapeute fait des blagues, le thérapeute et le client rient ensemble). (i) « Administration des séances », cette catégorie représente certains aspects administratifs du processus thérapeutique. Les clients ont identifié des comportements liés à ces aspects comme par exemple l'explication du processus, du nombre de séances, de la procédure d'annulation d'une séance, de la fin du processus, des questions liées à la confidentialité et le fait de garder certains aspects administratifs (Ex. les honoraires, les prises de rendez-vous, et les documents administratifs) en dehors des séances. (j) « Responsabilité personnelle du client », cette catégorie comporte la responsabilité des clients, comme perçue par ces derniers, dans le processus thérapeutique. Les clients ont défini cette responsabilité par certains comportements, comme la ponctualité, l'assiduité et le fait d'aviser le thérapeute en avance pour les retards ou les absences. (k) « Environnement », cette catégorie regroupe des commentaires faits par les clients à l'égard de l'environnement général

dans lequel se déroule le processus thérapeutique. Ceci inclut la décoration du bureau, le style vestimentaire du thérapeute, le genre de ce dernier, ainsi que l'attitude accueillante du personnel dans le bureau.

Tableau 1.1 Les catégories identifiées par les clients dans l'étude de Bedi (2006) et l'importance de chacune de celles-ci dans la formation de l'alliance au début du traitement.

Catégorie	L'évaluation de l'importance en moyenne
Validation	4.06
Éducation	3.88
Gestes non verbaux	3.80
Présentation & langage corporel	3.80
Guidage & confrontation	3.76
Références & matériaux recommandés	3.73
Honnêteté	3.69
Soutien émotionnel & soins	3.65
Administration des séances	3.63
Responsabilité personnelle du client	3.23
Environnement	3.03

Suite aux résultats obtenus dans les deux dernières études (Bedi, 2006; Bedi, Davis, et Williams 2005), l'auteur principal de ces études conclut à un écart important entre la façon dont les clients perçoivent l'alliance thérapeutique et la façon dont celle-ci est conceptualisée par les théoriciens ou les cliniciens. Selon cet auteur, bien que les notions de collaboration et de mutualité soient centrales dans la plupart des théories, les clients ne confirment pas l'importance des efforts collaboratifs dans la formation de l'alliance. Au contraire, ces derniers choisissent souvent d'assigner la plupart de la responsabilité aux thérapeutes dans la formation d'une bonne alliance. Bedi ajoute que les théories existantes par rapport à la formation de l'alliance mettent peu d'accent explicite sur l'importance de certains aspects (comme par exemple, l'administration des séances, l'environnement général, certains traits caractéristiques du thérapeute, la référence aux ressources disponibles, la recommandation des matériels pertinents, etc.), cependant, ces éléments ont été rapportés, par les clients, comme des facteurs contribuant à la formation de l'alliance. De plus, Bedi conclut que pour la plupart des clients, participants aux deux dernières études, les techniques thérapeutiques utilisées par un conseiller, thérapeute, seraient indissociables de l'alliance. Cette observation confirme ce qui est postulé par d'autres auteurs (Fitzpatrick et al., 2006; Hatcher et Barends, 2006; Horvath, 2001; Ilardi et Craighead, 1994; Tang et Derubeis, 1999). Dans ce sens, Norcross (2002, p.8) a écrit: « nous ne pouvons imaginer aucune technique dépourvue d'impact relationnel ». Par ailleurs, Bedi (2006) rapporte que plusieurs facteurs clés considérés par les clients comme étant importants pour la formation de l'alliance sont des facteurs qui semblent

être simples et qui reflètent certains micros caractères chez le thérapeute, tel que les gestes non verbaux et l'écoute empathique. Le même auteur ajoute que la formation de l'alliance, telle que comprise par les clients, commence réellement tôt et avant que le thérapeute n'engage pleinement le client dans le processus thérapeutique. Les clients peuvent par exemple développer des prédispositions ou des impressions basées sur le style vestimentaire du thérapeute, les gestes non verbaux de ce dernier, sa façon de saluer son client, l'environnement au bureau et l'accueil du personnel. Cette observation concorde avec le point de vue d'autres auteurs (Sexton, Hembre, et Kvarme, 1996) qui postulent que la formation de l'alliance est un processus rapide qui s'amorce au début de la thérapie. Enfin, Bedi (2006) rapporte que, du point de vue des clients, les catégories : validation, éducation, gestes non verbaux, présentation et langage corporel du thérapeute ont été évaluées comme étant les catégories les plus importantes dans la formation de l'alliance. L'auteur postule que ces catégories pourraient jouer un rôle central dans toute élaboration d'un modèle conceptuel de l'alliance basée sur la perspective du client.

À la lumière des cinq études présentées antérieurement (Bachelor, 1995; Bedi, 2006; Bedi et al., 2005; Fitzpatrick et al., 2006; Fitzpatrick et al., 2009), la formation de l'alliance thérapeutique, telle que perçue par les clients, représenterait un processus complexe, impliquant plusieurs éléments, au-delà de ce qui a été identifié par la majorité des théoriciens. Il semble que, du point de vue des clients, la notion de

l'alliance représente le processus psychothérapeutique dans toute sa complexité. Les clients dans les études précédentes ont identifié des éléments qui relèvent du savoir du thérapeute (savoir identifier les problèmes des clients, ainsi que les sources de ceux-ci, afin de les aider à se comprendre), du savoir-faire de ce dernier (savoir proposer certains outils et appliquer certaines techniques, savoir confronter le client, savoir expliquer sa compréhension à son client, savoir maintenir un sens de directionnalité durant les séances...) et de son savoir-être (empathie, gestes non verbaux et langage corporel). Ce postulat concorde avec le point de vue de Hatcher & Barends (2006), qui postulent que tout ce qui peut se produire en thérapie (techniques, attitudes, émotions, etc.), et qui contribue au travail collaboratif fait systématiquement partie de l'alliance. Par ailleurs, cette hypothèse par rapport à une perception globale et complexe de l'alliance par les clients est également compatible avec les résultats obtenus par Salvio, Beutler, Wood, et Engle, (1992) qui ont conclu que, du point de vue des clients, les trois dimensions de l'alliance telles que définies par Bordin (1979) et les quatre dimensions de l'inventaire de relation B-L (Barrett-Lennard, 1962) – Empathie, Inconditionnalité du regard, Niveau du regard et Congruence – ne sont pas totalement indépendantes. Cette même hypothèse peut également rendre compte de la divergence des perspectives entre les clients et les thérapeutes qui a été rapportée dans plusieurs études (Bachelor, 1991; Bachelor et Salamé, 2000; Blais, Jacobo, & Smith, 2010; Casey, Oei, et Newcombe, 2005; Fitzpatrick, Iwakabe, et Stalikas, 2005; Kivlighan et Shaughnessy, 1995; Mallinckrodt et Nelson, 1991; Tryon, Blackwell, et Hammel, 2007), ainsi que de la

supériorité de la valeur prédictive de l'alliance quant aux résultats thérapeutiques, lorsque celle-ci est évaluée par les clients versus par les thérapeutes (Bachelor, 1991; Fitzpatrick, Iwakabe, et Stalikas, 2005; Horvath et Bedi, 2002; Horvath et Symonds, 1991). Il semble que les thérapeutes, par le biais de leur formation théorique, sont capables de compartimenter des notions complexes, comme celle de l'alliance, dans des catégories conceptuelles délimitées (accord sur les tâches, accord sur les objectifs et lien affectif). Les clients par contre tendent à avoir une vision globale de la relation thérapeutique, où sont entremêlés le savoir du thérapeute, son savoir-faire, son savoir-être, ainsi que d'autres éléments se référant à l'environnement général.

Dans son étude publiée en (2006), Bedi rapporte qu'une des limitations de son étude réside dans la méthode de recherche non expérimentale utilisée, qui ne permet pas de confirmer si les éléments rapportés par les clients ont pour effet de renforcer l'alliance thérapeutique lorsqu'ils sont manipulés dans des études contrôlées. L'auteur explique qu'il est possible que les clients croient que ces éléments jouent le rôle de facteurs clés dans la formation de l'alliance, et que ces derniers n'aient cependant aucun effet quantitativement mesurable sur la formation de l'alliance. Afin de pallier à cette limitation, Duff et Bedi (2010) ont mené une étude quantitative pour évaluer les corrélations entre 15 des comportements identifiés par les clients dans l'étude de Bedi (2006) et la force de l'alliance. Selon ces deux derniers auteurs, très peu de recherches ont étudié la relation statistique entre la perspective du client quant

aux comportements des thérapeutes contribuant au développement de l'alliance et la force de celle-ci. Duff et Bedi (2010) ont regroupé les 15 comportements identifiés par les clients dans une étude précédente dans un questionnaire, qu'ils ont intitulé *Le questionnaire d'incidents cruciaux à la formation de l'alliance thérapeutique* (TACIQ). Ils ont procédé par des analyses corrélationnelles de type Pearson entre chaque item du questionnaire et la force de l'alliance telle qu'évaluée par l'*Inventaire d'Alliance de Travail* (WAI). Les analyses corrélationnelles ont démontré que 11 des 15 comportements identifiés dans le TACIQ étaient modérément à fortement corrélés avec la force de l'alliance (r entre .35 et .69) (voir tableau 1.2, ci-dessous, pour les corrélations entre ces 11 comportements et le score global du WAI complété par les clients dans cette étude). Selon les significations de ces comportements, les auteurs les ont organisés dans deux catégories : « Validation » et « Communication non verbale de l'attention envers le client ». À la lumière des résultats obtenus dans cette étude, les auteurs ont postulé que les clients puissent identifier avec précision quelques expériences utiles et statistiquement significatives dans le processus thérapeutique. De plus, les auteurs ont conclu à l'importance d'enseigner certains micro-comportements – qui semblent en apparence mineurs – aux nouveaux thérapeutes, étant donné le lien étroit entre ces comportements et la force de l'alliance.

Tableau 1.2 Résultats de l'étude de Duff et Bedi (2010): Corrélations entre 11 comportements identifiés comme étant cruciaux à l'établissement d'un bon lien thérapeutique et la force de l'alliance thérapeutique (le score global du WAI).

Comportement	Coefficient de corrélation de Pearson
Mon thérapeute a établi un contact visuel avec moi	0.478**
Mon thérapeute m'a posé des questions	0.348**
Mon thérapeute m'a fait des commentaires encourageants	0.667**
Mon thérapeute m'a souri	0.592**
Mon thérapeute a identifié et reflété mes sentiments	0.481**
Mon thérapeute a fait référence à des détails que nous avons abordés dans des séances précédentes	0.425**
Mon thérapeute était honnête (il/elle a partagé des informations négatives franchement)	0.508**
Mon thérapeute a fait des commentaires positifs à propos de moi	0.689**
Mon thérapeute est resté(e) assis(e) immobile (c'est à dire, sans agitation)	0.388**
Mon thérapeute s'est assis(e) face à moi (c'est-à-dire, s'est assis directement devant moi)	0.473**
Mon thérapeute a validé mon expérience (par exemple, il/elle a dit que ma réaction était compréhensible et raisonnable et que c'était ok de se sentir ainsi)	0.550**

** $p < 0.01$ test bilatéral

1.5 Questions de recherche

Une des limitations rapportées par Duff et Bedi (2010) par rapport à leur étude concerne la méthodologie du rappel rétrospectif utilisée, qui consiste à demander aux clients de se souvenir de la force de l'alliance, ainsi que de la fréquence de certains comportements qui se sont produits dans les séances antérieures. Les clients dans cette étude ont assisté à 21 rencontres, en moyenne, avec leur thérapeute actuel avant de répondre aux questionnaires. Duff et Bedi (2010) rapportent que cette méthode d'évaluation rétrospective pourrait représenter une menace à la validité des données recueillies, à cause du biais du rappel à posteriori, selon lequel le fait de connaître les résultats d'un événement spécifique peut influencer notre souvenir de cet événement (Villejoubert, 2005). Ainsi, il est probable qu'après plusieurs séances, les clients ont réalisé une amélioration ou pas, par rapport à leur état. Cette réalisation pourrait influencer leurs souvenirs de l'alliance et de la fréquence de certains incidents lorsque ceux-ci sont évalués ultérieurement. Par ailleurs, la force de l'alliance, ainsi que la fréquence de survenue de certains comportements spécifiques ont été évaluées uniquement par les clients dans l'étude de Duff et Bedi (2010). Ainsi, nous pensons qu'une perspective globale de la part des clients vis-à-vis leur processus thérapeutique pourrait rendre compte, d'une partie au moins, des corrélations observées dans l'étude précédente. Dans le sens où une perception positive, ou négative, des clients par rapport au processus thérapeutique général pourrait influencer, dans le même sens, leur évaluation de la force de l'alliance ainsi que de la fréquence de survenue de certains comportements, ce qui pourrait rendre compte de la

force des corrélations rapportées par les derniers auteurs. Dans le présent projet nous essayons par conséquent de répondre essentiellement aux deux questions suivantes :

- 1.5.1 À quel point la force de l'alliance et la fréquence de survenue des comportements, sélectionnés dans l'étude de Duff et Bedi (2010), seraient-elles corrélées lorsqu'elles seront évaluées par les clients de façon longitudinale, à différents moments de leur processus thérapeutique?
- 1.5.2 À quel point la perception des clients quant à ce qui se passe durant le processus thérapeutique (Ex. la fréquence de survenue des comportements identifiés dans l'étude de Duff et Bedi, 2010) converge-t-elle avec la perception des thérapeutes et avec la perception d'un observateur externe ?

1.6 Objectifs du présent essai

1.6.1 Objectif principal 1 :

Répliquer l'étude de Duff et Bedi (2010) de façon longitudinale en explorant, à différents moments clés du processus thérapeutique, les corrélations entre les perceptions des clients quant à la force de l'alliance thérapeutique et leurs perceptions quant aux fréquences de survenue en thérapie de chacun des 15 comportements identifiés dans le questionnaire conçu par les derniers auteurs (TACIQ). Nous souhaitons ainsi explorer les mouvements temporels dans les perspectives des clients durant une démarche psychothérapeutique.

1.6.2 Objectif principal 2 :

Analyser, du côté des thérapeutes les corrélations entre leurs perceptions quant à la fréquence de survenue de chacun des 15 comportements identifiés dans l'étude de Duff et Bedi (2010) et leurs perceptions quant à la force de l'alliance thérapeutique avec leurs clients.

1.6.3 Objectif principal 3 :

Évaluer les convergences et les divergences entre les perceptions des clients et celles de leurs thérapeutes quant aux fréquences de survenue en thérapie des comportements identifiés dans le TACIQ.

1.6.4 Objectif principal 4 :

Explorer si les perceptions initiales des clients au début de leurs démarches quant aux fréquences de survenue de chacun des 15 comportements identifiés dans le TACIQ peuvent avoir des liens quelconques avec un changement au niveau de leur fonctionnement psychologique entre le début et la fin de leurs suivis thérapeutiques.

1.6.5 Objectif principal 5

Vérifier la possibilité d'utiliser le questionnaire TACIQ par un observateur externe qui procurerait une perception extérieure, se voulant plus «objective» que les

perceptions des deux protagonistes participant à la démarche thérapeutique. Le but ici étant de pouvoir comparer les perceptions subjectives des thérapeutes et de leurs clients quant à la fréquence de survenue en thérapie des comportements identifiés dans le TACIQ avec une perception externe, moins impliquée dans le processus thérapeutique. Afin de réaliser cet objectif nous avons besoin de réaliser préalablement les deux sous-objectifs suivants :

- Obtenir un accord inter-juges quant à la cotation des fréquences de survenue de chacun des 15 comportements identifiés dans le TACIQ en visionnant les enregistrements de certaines séances de psychothérapie.
- Obtenir une certaine fidélité dans la cotation par un observateur externe des fréquences de survenue des comportements identifiés dans le TACIQ, c'est-à-dire un accord acceptable test-retest en cotant les items du TACIQ à deux moments différents par un observateur externe.

CHAPITRE II

MÉTHODOLOGIE

Afin de répondre aux questions et aux objectifs mentionnés précédemment nous choisissons un protocole de recherche quasi-expérimental à mesures répétées. Dans leur étude empirique, longitudinale, Crits-Christoph et ses collaborateurs (2011) mettent l'accent sur la dynamique temporelle du processus thérapeutique et concluent que les mesures répétées de l'alliance thérapeutique au cours de plusieurs séances de thérapie prédisent mieux le résultat thérapeutique que lorsque l'alliance est mesurée une seule fois durant la démarche. Nous demandons ainsi dans ce projet aux clients d'évaluer, à différents moments clés durant leurs processus thérapeutique, leur fonctionnement psychologique, la force de l'alliance thérapeutique, et la fréquence de survenue de chacun des 15 comportements spécifiés par Duff et Bedi (2010). Le premier temps de mesure est essentiellement après la 3ème séance de thérapie. Ce moment est choisi en nous basant sur la littérature qui suggère que les aspects cruciaux de la relation thérapeutique se forment dans cette phase précoce de la thérapie (O'Malley, Suh et Strupp, 1983). Kivlighan (2007) postule par ailleurs que lorsque l'alliance est évaluée à la 3ème ou 4ème séance de thérapie celle-ci prédit de

façon particulièrement importante les résultats en fin de thérapie. Le deuxième temps de mesure dans cette étude est choisi autour de la 7ème rencontre, un moment qui correspondrait au milieu des démarches thérapeutiques qui durent 15 séances au maximum dans ce projet (Pour plus de détails par rapport à la durée des démarches en termes de nombre de séances pour chaque client voir le tableau 2.2 dans la section 2.3.2 plus loin). Selon Tracy et Dundon (1988), plusieurs théoriciens considèrent ce moment (en milieu de thérapie) comme étant central dans la réalisation du changement et affirment qu'à ce moment clé du processus thérapeutique surviennent souvent les conflits entre les clients et les thérapeutes. Ces derniers auteurs postulent que si le client réussit à faire face aux conflits émergeant au milieu de sa démarche, en renforçant le lien avec son thérapeute au lieu de se retirer, ceci conduit peut-être à un meilleur résultat thérapeutique. Le troisième temps de mesure dans ce projet est choisi pour correspondre à la fin des suivis thérapeutiques. Étant donné la particularité de la dernière rencontre en thérapie qui consiste habituellement à faire le bilan de la démarche, nous avons fixé le dernier temps de mesure essentiellement après la fin de l'avant dernière rencontre. Cette procédure à mesures répétées est choisie pour nous permettre de sonder la dynamique temporelle du processus thérapeutique et d'explorer des liens entre les perceptions des clients par rapport à ce qui se passe en thérapie et leur perception quant à la force de l'alliance ainsi que leurs perceptions des changements au niveau de leur état psychologique entre le début et la fin de leurs démarches.

Dans ce projet, nous demandons également à un observateur externe et aux thérapeutes d'évaluer la fréquence de survenue des 15 comportements spécifiés par Duff et Bedi (2010) afin d'explorer la convergence ou la divergence des perspectives entre les clients, leurs thérapeutes et un observateur externe. Les thérapeutes sont également invités à évaluer la force de l'alliance thérapeutique aux même trois moments clés présentés dans le paragraphe précédent, c'est-à-dire aux mêmes moments que leurs clients.

2.1 Participants

La procédure de recrutement décrite ultérieurement, en 2.3.2, a permis d'obtenir la collaboration de 8 thérapeutes et de 11 clients. Huit thérapeutes, doctorants en psychologie à l'Université du Québec à Montréal (UQAM), effectuant leur premier stage clinique au Centre des Services Psychologiques (CSP) de l'UQAM durant les années scolaires 2013-2014 et 2014-2015 ont participé à notre étude (Voir tableau 2.1, ci-dessous, pour des données sociodémographiques sur les thérapeutes). Le CSP est un centre de formation pour les étudiants au niveau doctoral en psychologie clinique et fournit des services psychologiques, à faible coût, à une clientèle francophone. Nous avons exclu lors du recrutement les stagiaires d'approche neuropsychologique, étant donné que leur stage au CSP consiste essentiellement à faire des évaluations et non à offrir des thérapies. Nous avons également exclu les stagiaires faisant leurs stages avec une clientèle mineure. Ainsi, le recrutement des

thérapeutes pour ce projet se limite aux stagiaires effectuant leur stage avec une clientèle adulte selon une des trois approches de formation clinique du centre, soit l'approche cognitive-comportementale, l'approche humaniste et l'approche psychodynamique. Quatre stagiaires participant à l'étude effectuent leur stage dans une approche cognitive-comportemental, tandis que les 4 autres effectuent leur stage dans une approche humaniste. Les stagiaires sont supervisés de façon hebdomadaire par 6 psychologues expérimentés, membres de l'Ordre des Psychologues du Québec.

Tableau 2.1 Données sociodémographiques sur les thérapeutes stagiaires

Sexe	2 hommes (25%)	6 femmes (75%)
Origine ethnique	Québécoise:5 (62.5%)	Française:2(25%) Brésilienne:1(12.5%)
Moyenne d'âge	31.75	
Moyenne d'années de scolarité au doctorat	2.7*	
Approche théorique de superviseur	Cognitive-comportementale: 4	humaniste: 4

* Cette moyenne est calculée pour sept thérapeutes. La 8ème thérapeute a déjà terminé un doctorat en psychologie en recherche et est en train de faire le stage clinique pour répondre aux exigences de l'Ordre des Psychologues au Québec afin de devenir psychologue clinicienne.

Onze clients adultes (3 hommes et 8 femmes) ayant utilisé les services de psychothérapie individuelle du CSP durant les années scolaires 2013-2014 et 2014-2015 ont également participé à cette étude. Les problèmes traités au centre sont assez divers, incluant des problèmes liés à l'anxiété et au stress; différentes formes de

phobie; des problèmes psychosomatiques; des problèmes interpersonnels, y compris les relations conjugales et familiales conflictuelles; des réactions de deuil, y compris les séparations et les pertes; des difficultés par rapport à la confiance en soi et à l'estime de soi; des préoccupations de carrière; dépression, etc. Ces problèmes sont d'une sévérité légère à moyenne. Les clients présentant une pathologie grave sont redirigés vers les services appropriés. Les clients qui consultent uniquement pour une évaluation (en neuropsychologie par exemple) n'ont pas été inclus dans l'étude. L'appariement des clients aux stagiaires de différentes approches se fait par le secrétariat du centre selon les objectifs des premiers, en respectant leur demande et leur âge. La durée de chacune des démarches thérapeutiques entreprises par les 11 clients a varié entre 8 et 15 rencontres (Moyenne de nombre total des rencontres=12.18).

2.2 Mesures

Dans cette section sont présentés les instruments de mesure utilisés dans cette recherche, leurs qualités psychométriques et la procédure de cotation utilisée pour les fins de ce projet.

2.2.1 La mini Mesure d'Impact MI-10 (MI-10; Lalande, Émond, Savard, Boisvert et Simard, 2005; voir annexe A).

Ce questionnaire auto-administré mesure l'expérience subjective des individus quant à leur fonctionnement psychologique (Savard, 2009). Il permet un premier dépistage

des difficultés et de la détresse psychologique et permet une rétroaction sur l'évolution du processus thérapeutique. La MI-10 est la version abrégée de la MI-45, qui est la version francophone réalisée par Flynn et al. (2002) à partir du *Outcome Questionnaire* (OQ-45 ; Lambert & Burlingame, 1996a). Ce dernier sert à évaluer le niveau de la santé mentale sur trois dimensions : les symptômes intrapsychiques de détresse, les relations interpersonnelles et la performance des rôles sociaux (Wells, Burlingame, Lambert, Hoage, et Hope, 1996). La MI-10 est constitué de 10 items sur une échelle de type Likert en 5 points, allant du 0=*Presque toujours* à 4=*jamais*. Les 5 premiers énoncés sont présentés dans un sens positif (ex. «Je suis satisfait(e) de ma vie »). C'est-à-dire qu'une note élevée pour ces items (ex. 4=*jamais*) reflète une détresse psychologique alors qu'une note basse (ex. 0=*Toujours*) traduit un bon état psychologique. Par contre pour les 5 autres items du questionnaire, les énoncés sont présentés dans un sens négatif (ex. «Je me sens déprimé(e) (triste) »). Ainsi, une note élevée pour ces items (ex. 4=*jamais*) est synonyme d'un bon état psychologique alors qu'une note basse (ex. 0=*Toujours*) est synonyme d'une détresse psychologique. Afin d'homogénéiser le sens des scores pour les items de la MI-10 et dans le but de calculer un score total donnant une impression du niveau du bien-être psychologique global, les scores pour les 5 premiers items sont inversés. En procédant de la sorte un score élevé indique un bon état psychologique pour tous les items de la MI-10. Un score composite global est calculé en additionnant les scores pour les 10 items. Ainsi, les scores totaux de la MI-10 vont de 0 à 40 et un score élevé reflète un bon fonctionnement psychologique. Cette procédure de cotation va à l'opposé de la

procédure habituelle de coter la MI où un score plus élevé habituellement signifie une plus grande intensité symptomatique. Nous procédons de la sorte afin de faciliter l'interprétation des résultats en lien avec la cotation de cet instrument à différents moments durant le processus thérapeutique. Avec cette procédure de cotation, une augmentation de la cote attribuée à n'importe quel item de la MI entre le premier et de dernier temps de mesure par exemple traduirait une amélioration de l'état psychologique du client par rapport à cet item en particulier. Ainsi, une différence avec une polarité positive entre le score attribué à un item de la MI au début de la démarche et celui attribué au même item à la fin de la démarche refléterait une amélioration de l'état psychologique, alors qu'une différence avec une polarité négative refléterait une détérioration psychologique.

Dans leur étude de validation de la version française du OQ-45, Flynn et ses collaborateurs (2002) concluent à des qualités psychométriques satisfaisantes pour la MI-45. Ils ont démontré que cette mesure possède une cohérence interne satisfaisante ($\alpha=0,92$) et une bonne validité concomitante, étant corrélée de façon significative avec une autre mesure de détresse psychologique (LS-10) qui mesure surtout des symptômes d'anxiété et de dépression ($r(206) = 0.79, p < 0.001$). Savard (2009) affirment les qualités psychométriques de la MI-10 en se référant à l'étude de Lalande et ses collaborateurs (2005) auprès d'une population clinique et non clinique. Savard (2009) souligne que ces derniers auteurs ont obtenu un coefficient α de 0,84 pour la population clinique et de 0,88 pour la population non clinique.

2.2.2 Inventaire d'Alliance de Travail-Version courte (WAI-F; Corbière, Bisson, Lauzon, et Ricard, 2006).

Cet inventaire est la version française du *Working Alliance Inventory - Short form* (WAI; Tracey et Kokotovic, 1989), qui est la version courte du WAI (Horvath et Greenberg, 1989). La version courte du WAI est constituée de 12 items mesurant les trois dimensions de l'alliance telles que définies par Bordin (le lien affectif, l'accord sur les tâches et l'accord sur les objectifs). Chaque item est évalué sur une échelle de type Likert, de 7 points, allant de 1 (*Jamais*) à 7 (*Toujours*). Les scores totaux du WAI vont de 12 à 84 et un score élevé reflète une forte alliance. Les scores pour chacune des trois sous-échelles du questionnaire (*Lien affectif*, *Accord sur les tâches*, *Accord sur les objectifs*) sont calculés en additionnant les scores pour les 4 items dont chacune de sous-échelles est composée (sous-échelle *Lien* est composée des items 3, 5, 7 et 9; sous-échelle *Accord sur les tâches* est composée des items 1, 2, 8 et 12; et sous-échelle *Accord sur les objectifs* est composée des items 4, 6, 10, et 11). Les énoncés dans le WAI-F sont présentés afin que le client et le thérapeute évaluent chacun de son côté sa perception de la qualité de la relation thérapeutique. La majorité des questions dans les énoncés se posent dans un sens positif (ex. « Nous nous entendons sur ce qui est important de travailler en thérapie. ». Deux énoncés toutefois (les items 4 et 10) se posent dans un sens négatif (ex. l'item 4 « J'ai des doutes sur ce que nous essayons de réaliser en thérapie. »). Afin d'homogénéiser le

sens des scores pour les items du WAI, les scores pour ces deux items (4 et 10) sont inversés.

Tracey & Kokotovic (1989) rapportent une bonne cohérence interne de chacune des deux versions courtes du WAI (celle du client et celle du thérapeute) et de leurs sous-échelles, avec des coefficients α variant de 0.83 à 0.98. Corbière et ses collaborateurs (2006) rapportent également de bons indices de cohérence interne pour les deux formes de la version française du WAI, celle du client et celle du thérapeute (les coefficients α sont de 0.88 pour l'échelle globale du client et de 0.93 pour l'échelle globale du thérapeute, quant aux trois sous-échelles, les coefficients α pour ceux-ci varient de 0.64 à 0.93). À la lumière des analyses factorielles, les derniers auteurs proposent l'utilisation d'un seul score global pour l'évaluation de l'alliance par le WAI-F, contrairement à Tracey et Kokotovic (1989) qui suggèrent l'utilisation du score global, ainsi que trois scores pour les trois sous échelles du WAI. Dans la présente étude, nous allons utiliser essentiellement le score global de l'échelle, et les scores pour les trois sous-échelles lorsque nous pensons que ceux-ci peuvent apporter une valeur ajoutée à nos résultats. Afin de saisir la dynamique temporelle du processus thérapeutique, et à l'instar de la consigne utilisée dans le TACIQ qui invite les participants à réfléchir à leurs expériences en thérapie au cours des trois dernières séances seulement, nous invitons les participants à se référer uniquement à leurs expériences dans les 3 dernières séances à chaque fois qu'ils complètent le WAI.

Nous ajoutons ainsi la phrase suivante dans la consigne d'utilisation du questionnaire :

« Si l'énoncé décrit la façon dont vous vous êtes toujours senti, ou avez toujours pensé dans les trois dernières séances, encerclez le chiffre 7; si par contre vous ne vous êtes jamais senti et n'avez jamais pensé ainsi dans les trois dernières séances, encerclez le chiffre 1. Utilisez les points entre 1 et 7 pour décrire les variations entre ces deux extrémités » (voir les annexes B et C pour les versions du WAI utilisées dans ce projet respectivement pour le client et le thérapeute)

2.2.3 Le questionnaire d'incidents cruciaux à la formation de l'alliance thérapeutique (TACIQ; Duff & Bedi, 2010; voir annexe D).

C'est un questionnaire de type Likert comportant 15 énoncés qui a été conçu spécifiquement par Duff et Bedi (2010) afin d'évaluer empiriquement les liens entre la fréquence de survenue en thérapie de chacun des 15 incidents spécifiques et la force de l'alliance thérapeutique. La construction de ce questionnaire est basée sur les résultats de l'étude menée par Bedi et Duff (2008), dans laquelle les clients ont été invités à évaluer l'impact relatif de chacun des 74 facteurs identifiés dans l'étude de Bedi (2006) sur le développement de l'alliance de travail qu'ils avaient établie avec leurs conseillers. La sélection des 15 énoncés est basée sur une cote de médiane élevée quant à l'importance de l'énoncé et un haut degré de consensus sur cette note.

Dans le TACIQ, les participants sont invités à évaluer la fréquence de survenue de chacun des 15 incidents au cours des trois dernières séances avec leurs conseillers, sur une échelle de type Likert, de 5 points, allant de 1 (*Jamais*) à 5 (*Toujours*). Ainsi, un score élevé traduit une fréquence élevée de survenue et un score faible traduit une faible fréquence de survenue. Duff et Bedi (2010) rapportent une bonne cohérence interne de ce questionnaire ($\alpha = 0.80$).

2.2.4 Enregistrements audio-visuels des séances de thérapie.

Nous avons collecté les enregistrements audio-visuels de 43 séances de thérapie, illustrant le processus thérapeutique entre 4 thérapeutes stagiaires et 5 clients ayant accepté de participer à cette étude. Le but est d'ajouter une perspective extérieure, par le biais d'un observateur externe qui évaluerait la fréquence de survenue des 15 comportements identifiés dans le TACIQ, en regardant les vidéos. L'enregistrement des rencontres de thérapie fait partie inhérente de l'expérience de formation et de supervision des stagiaires au CSP et les clients en sont informés préalablement par le secrétariat du centre.

2.3 Procédure

2.3.1 Traduction de l'instrument TACIQ

Nous avons procédé par la technique du « back-translation » (Brislin, 1970) pour traduire le TACIQ en français. Les énoncés ont été d'abord traduits de l'anglais en français par une doctorante en psychologie qui maîtrise très bien le français et l'anglais. Ensuite, les énoncés de la traduction française ont été traduits en anglais par un autre doctorant en psychologie. À la fin, un comité de 5 doctorants en psychologie, y compris le chercheur principal et les deux doctorants bilingues qui ont procédé à la traduction, s'est réuni pour discuter de la traduction de l'instrument et de l'équivalence entre la version anglaise issue de la 2ème étape de traduction et la version originale du TACIQ. Quelques modifications minimales ont été apportées à la traduction française et la version française finale du TACIQ a été approuvée à l'unanimité (voir annexe E pour la version en français). Par souci de transparence et afin d'éviter d'influencer la perception des clients par rapport à leurs thérapeutes et vis-à-vis leurs processus thérapeutiques, nous avons ajouté la phrase suivante à la consigne de la cotation du questionnaire :

« Nous tenons à souligner qu'aucune théorie existante ne démontre qu'il soit souhaitable ou pas d'adopter les comportements mentionnés ci-dessous dans un contexte thérapeutique. Par la présente étude nous souhaiterions tout simplement sonder vos impressions quant à la fréquence de survenue de ces comportements durant les séances.»

Ensuite, une version du questionnaire est constituée par le chercheur principal pour qu'elle soit utilisable par les thérapeutes stagiaires participant à cette étude (*TACIQ-t*) (voir annexe F).

2.3.2 Recrutement et passation des instruments de mesure

Après avoir eu l'approbation du comité d'éthique de la recherche pour les projets étudiants de la Faculté des sciences humaines à l'UQAM, et du comité de régie du Centre des Services Psychologiques (CSP) à l'UQAM, nous avons recruté nos participants parmi les étudiants au doctorat en psychologie effectuant leur stage clinique au CSP durant les deux années universitaires 2013-2014 & 2014-2015. Nous avons sollicité la participation des stagiaires effectuant leurs stages dans une des trois approches suivantes, cognitive-comportementale, humaniste et psychodynamique auprès d'une clientèle adulte. Des affiches annonçant la possibilité de participer au projet de recherche et les critères d'inclusion ont été diffusées dans les pigeonniers des stagiaires de ces deux cohortes universitaires (Voir Annexe G). Parallèlement, un courriel leur a été envoyé par la coordonatrice du centre pour solliciter leur participation au projet. De plus, pour les étudiants de la deuxième cohorte, celle de l'année 2014-2015, le chercheur principal s'est présenté en personne à une des premières formations obligatoires du CSP dans le but de présenter brièvement le projet et de solliciter la participation des stagiaires. Ceux-ci ont été informés qu'ils sont totalement libres de participer ou pas à la présente recherche, et que leur décision

n'affectera en rien leur relation ni avec la direction du Centre, ni avec leurs superviseurs, qui n'auront pas accès aux questionnaires complétés par les stagiaires ou par les clients.

Les stagiaires qui se sont montrés intéressés ont été rencontrés par le chercheur et un formulaire de consentement écrit leur a été remis (voir annexe H). Ensuite, les superviseurs des stagiaires qui ont signé le formulaire de consentement ont été contactés par un courriel envoyé par le chercheur principal pour obtenir leur consentement quant à la participation de leur stagiaire au projet. Un formulaire de consentement leur a été envoyé par courriel (voir annexe I). Seuls les stagiaires dont les superviseurs ont approuvé la participation au projet ont été retenus. Ceux-ci ont choisi un ou plusieurs de leurs clients pour leur parler de la possibilité de participer à un projet de recherche doctoral portant sur le processus thérapeutique et indépendant des services offerts par le Centre. Les stagiaires étaient invités à mettre l'accent sur l'indépendance de la recherche par rapport aux services offerts par le CSP, à souligner l'aspect volontaire d'une éventuelle participation et à présenter une lettre aux clients qu'ils ont choisis pour leur demander leur autorisation d'être contactés par le chercheur principal afin de leur expliquer l'étude en cours, et de solliciter leur participation (voir annexe J). Seuls les clients ayant signé cette lettre ont été contactés par le chercheur principal. Suite à une brève communication téléphonique ou par courriel avec le chercheur principal un formulaire de consentement a été remis en personne ou envoyé par courriel aux clients qui se sont montrés intéressés par la

participation au projet (voir annexe K). une rencontre en personne a été fixée entre ce dernier et chaque client qui s'est montré intéressé à participer à l'étude. Les clients qui ont accepté de participer à la recherche ont été rencontrés par le chercheur principal et ont été invités à compléter les questionnaires MI-10, WAI et TACIQ.

Étant donné la grande difficulté de recruter des participants pour cette étude, nous avons accepté les clients intéressés même s'ils avaient déjà entamé leur démarche avec leur thérapeute du centre. Par conséquent, les clients n'étaient pas tous au même niveau d'avancement en thérapie lors de leur recrutement. Dépendamment de leur avancement en thérapie lors du recrutement, les clients ont complété les questionnaires présentés ci-dessus à différents moments de leur processus thérapeutique. Trois clients, par exemple, étaient déjà vers la fin de leurs démarches lorsqu'ils ont été recrutés pour cette étude, ils ont ainsi complété les 3 questionnaires à une seule reprise, vers la fin de leurs suivis qui ont duré entre 11 et 15 séance (Moyenne de nombre de séances = 13,33). Six clients ont complété les questionnaires à deux reprises durant leur démarche. Et deux clients les ont complétés à trois reprises, la première entre la 3ème et la 5ème rencontre, la deuxième à la 7ème rencontre et la troisième fois vers la fin de leur suivi après la 14ème ou la 15ème rencontre (pour plus de détails par rapport aux différents moments de mesure pour chaque client voir le tableau 2.2 ci-dessous).

Tableau 2.2 Les différents moments de mesure pour chaque client

	1er temps de mesure	2ème temps de mesure	3ème temps de mesure
Client 1	Après la 7ème rencontre	Après la 12ème rencontre	
Client 2	Après la 3ème rencontre	Après la 7ème rencontre	Après la 10ème rencontre
Client 3	Après la 3ème rencontre	Après la 7ème rencontre	
Client 4	Après la 7ème rencontre	Après la 14ème rencontre	
Client 5	Après la 10ème rencontre	Un mois après la dernière rencontre (la 14ème rencontre)	
Client 6	Après la 3ème rencontre	Après la 10ème rencontre	
Client 7	Après la 4ème rencontre	Après la 7ème rencontre	
Client 8	Après la 5ème rencontre	Après la 7ème rencontre	Après la 14ème rencontre
Client 9	Après la 11ème rencontre		
Client 10	Après la 14ème rencontre		
Client 11	Après la 15ème rencontre		

La première fois où les clients ont complété les questionnaires, ceux-ci leur ont été remis par le chercheur principal. Pour les clients qui avaient la possibilité de compléter les questionnaires plus qu'une seule fois durant leur démarche, une enveloppe cachetée contenant des copies de 3 questionnaires (WAI, TACIQ et MI-10 identifiées par le code du client) leur a été remise par leurs thérapeutes à la fin de certaines rencontres (à la fin de la 7ème rencontre par exemple). Ces clients ont été avisé préalablement de cette démarche par un courriel envoyé par le chercheur principal les invitant à remplir les questionnaires, qui se trouvent dans l'enveloppe remise par le thérapeute, à les remettre par la suite dans une autre enveloppe, qui se trouve dans la première et à déposer cette dernière au secrétariat du centre, au plus

tard un jour après avoir reçu les questionnaires, à l'attention du chercheur principal (ce délai est prévu pour les clients qui rapportaient ne pas avoir le temps pour remplir les questionnaires directement après la séance).

Les thérapeutes ont été également identifiés par des codes sur les questionnaires qu'ils ont complétés. Chaque thérapeute participant à cette étude a complété une copie du WAI, aux mêmes moments que ses clients (voir le tableau ci-dessus, 2.2 pour des informations sur les différents moments de mesure pour chaque client). Nous n'avons pas présenté le TACIQ aux thérapeutes pendant le processus thérapeutique pour éviter d'influencer leurs comportements durant les séances et biaiser par conséquent les données collectées pour l'étude. Cependant, à la fin du processus thérapeutique avec leurs clients les thérapeutes ont été invités à remplir une copie du TACIQ évaluant de façon rétrospective la fréquence de survenue de chacun des 15 incidents dans l'ensemble des séances qu'ils ont eues avec leurs clients.

Nous sommes conscients que cet intervalle de temps pourrait affecter les données obtenues par le biais de la mémoire humaine (en demandant aux thérapeutes de rapporter les fréquences de survenue de certains de comportements qu'ils auraient effectués dans les 2 ou 3 mois précédents) et le biais du rappel à posteriori, mentionné précédemment (Villejoubert, 2005). Cependant, cette procédure nous a paru comme étant la seule qui nous permettrait d'évaluer la perception des thérapeutes, sans

influencer leurs attitudes spontanées et biaiser l'étude en amorçant chez eux des comportements à adopter. Dans les cas où plus d'un seul client suivi par le même thérapeute ont participé à l'étude, nous avons attendu la fin du processus thérapeutique avec l'ensemble des clients suivis par le même thérapeute et participant à l'étude avant de demander à ce dernier de remplir le TACIQ en lien avec chacun des clients suivis.

2.3.3 Accord inter-juges sur la cotation du TACIQ.

Dans l'optique de vérifier la possibilité d'utiliser le questionnaire TACIQ par un observateur externe qui procurerait une perception externe se voulant plus «objective» par rapport aux perceptions des deux protagonistes participant à la démarche thérapeutique, nous nous sommes mis à l'épreuve de la recherche d'un accord inter-juges dans la cotation du TACIQ (la même version utilisée par les clients, voir annexe E). Deux juges, dont le chercheur principal et une autre étudiante débutant son doctorat en psychologie à l'UQAM ont discuté en premier lieu, avec un des deux directeurs de l'essai de la définition de certains items du questionnaire, notamment les items 6 « *Le thérapeute a identifié et reflété les sentiments du client* », 11 « *Le thérapeute est resté(e) assis(e) immobile (c'est à dire, sans agitation)* », 13 « *Le thérapeute s'est assis(e) face au client (c'est-à-dire, s'est assis directement devant son client)* » et 15 « *Le thérapeute a validé l'expérience de son client (par exemple, il/elle a dit que sa réaction était compréhensible et raisonnable et que c'était ok de se*

sentir ainsi) ». Après avoir visionné et coté ensemble les vidéos de quelques séances les deux juges ont coté séparément les enregistrements de 8 séances. N'ayant pas obtenu de bon accord pour la majorité des items du questionnaire, les deux juges se sont réunis avec un des deux directeurs de l'essai afin d'analyser les résultats obtenus de leur première tentative d'aboutir à un accord inter-juges. Ils ont discuté de la définition et de la cotation de certains items problématiques, comme par exemple l'item 6 « *Le thérapeute a identifié et reflété les sentiments de son client* ». Il a été conclu que cet item ferait allusion à un ajout de la part du thérapeute quant à la compréhension de l'état émotionnel et sentimental de son client. Ainsi, il ne suffit pas que le thérapeute nomme un état émotionnel déjà identifié et évoqué par le client. Il faut que le thérapeute aide son client à prendre conscience d'une réaction émotionnelle qui ne semble pas consciemment perçue par le client, ou qui lui soit ambiguë. Le thérapeute identifie cet état émotionnel et le reflète au client dans le but d'aider ce dernier à s'approprier ses réactions émotionnelles et à se comprendre davantage. Un exemple serait de refléter au client qu'il semble être en colère lorsque ce dernier ne semble pas en mesure d'identifier cette réaction émotionnelle par lui-même. Dans une deuxième tentative d'obtenir un accord inter-juges, les deux juges ont ensuite coté séparément les enregistrements de 7 autres séances. La discussion qui a eu lieu entre les deux juges et un des deux directeurs de l'essai a aidé les premiers à obtenir des accords intéressants pour deux nouveaux items du TACIQ (items 6 et 9) pour lesquels ils n'étaient pas en accord lors de la première tentative de cotation. Les

résultats seront exposés et détaillés plus loin dans la section 3.1. du chapitre III qui traite des résultats de l'étude.

2.4 Considérations éthiques.

Un formulaire écrit de consentement est administré aux participants pour les informer de façon éclairée de ce à quoi consisterait leur éventuelle participation ; notamment les risques et les avantages associés à celle-ci (voir annexes H et J). Par ailleurs, lors de la présentation de l'étude et du recrutement des participants l'accent est particulièrement mis sur l'aspect indépendant de celle-ci par rapport aux services de psychothérapie et de formation offerts par le CSP. Les stagiaires sont informés que leur acceptation ou leur refus de participer à la présente étude n'affectera en rien leurs relations avec leurs superviseurs au CSP qui par ailleurs n'auront pas accès aux informations fournies par les premiers dans le cadre de cette étude. Les clients sont également informés que leur décision quant à la participation ou non à cette étude est indépendante des services qu'ils peuvent obtenir au CSP. Ceux-ci sont informés que les informations qu'ils fournissent dans le cadre de ce projet sont confidentielles et ne seront pas transmises à leurs thérapeutes. Pour réserver dans la mesure du possible l'anonymat des participants nous avons utilisé des codes alphanumériques pour les présenter sur les questionnaires utilisés. La présentation des résultats des analyses sous forme de tendances statistiques ne révèle aucunement l'identité des participants et lorsque nous choisissons de présenter en détails les réponses de certains

participants aux questionnaires utilisés dans cette étude, nous prenons la précaution nécessaire pour camoufler toute information pouvant les identifier (par exemple changer leurs prénoms).

Nous sommes conscients que, théoriquement du moins, le fait de demander aux clients de remplir des questionnaires portant sur certains éléments ou comportements présents durant le processus thérapeutiques pourrait influencer leur attitude vis-à-vis leurs thérapeutes et peut-être vis-à-vis le processus en général. Le fait de remplir le TACIQ pourrait par exemple influencer la perception du client de son thérapeute dépendamment de la fréquence avec laquelle ce dernier effectue les comportements mentionnés dans le questionnaire, bien que nous ayons souligné dans la consigne du questionnaire qu'aucune théorie existante ne démontre qu'il soit souhaitable ou pas d'adopter les comportements mentionnés dans le TACIQ. Dans les meilleurs des scénarios, le client pourrait décider de partager ses impressions et ses réactions avec son thérapeute, et celles-ci pourraient être discutées en thérapie ce qui aiderait à renforcer l'alliance (Safran et Muran, 2000). Le client pourrait cependant décider de ne pas en parler avec son thérapeute, ce qui pourrait influencer sa relation avec ce dernier. C'est une limite présente dans les études qui utilisent des questionnaires portant sur ce qui se passe durant le processus thérapeutique, comme le WAI par exemple. Toutefois, cet instrument est majoritairement et largement utilisé par plusieurs chercheurs pour évaluer la force de l'alliance, en jugeant que les gains

pouvant découler de ce genre d'études en ce qui concerne l'approfondissement de la compréhension du processus psychothérapique dépassent les impacts négatifs pouvant résulter de l'utilisation de ce genre de questionnaires.

CHAPITRE III

RÉSULTATS

Ce chapitre se divise en deux sections, la première présente les résultats des analyses statistiques des données issues des trois instruments de mesure utilisés dans cette étude et la deuxième présente des analyses détaillées des scores de deux clients et de leur thérapeute. En prenant en considération la taille de l'effet rapporté dans la littérature entre la force de l'alliance thérapeutique et les résultats du traitement ($r = .275$, $p < .0001$, Horvath et ses coll., 2011), nous avons visé le recrutement de 30 dyades (thérapeutes/clients) pour cette recherche. Toutefois, nous avons été confrontés à la difficulté de recruter un tel nombre de participants dans un centre de formation universitaire, et malgré la prolongation de la période de recrutement sur deux années universitaires, au lieu d'une, pour couvrir deux cohortes d'étudiants, nous n'avons pu recruter que 11 dyades (8 thérapeutes et 11 clients). Vu le peu de données disponibles, chaque test statistique est fait avec un seuil alpha de .05 sans correction pour le nombre de tests. Le risque de faux positifs sera pris en compte en discussion, tenant compte de l'interprétation qui serait attachée aux effets observés.

3.1 Analyses statistiques

À moins d'avis contraire, les analyses statistiques présentées dans cette section sont effectuées avec le logiciel SPSS, version 24. Afin de répondre au premier objectif de l'étude, soit la réplication de l'étude de Duff et Bedi (2010) dans une perspective longitudinale, pour voir si nous allons obtenir des résultats semblables aux leurs, nous avons procédé par des tests de corrélations linéaires, de type Pearson, pour analyser les corrélations entre les scores attribués aux items du TACIQ et les scores globaux du WAI complétés par les clients aux différents temps de mesure.

Cinq clients ont complété les deux questionnaires au premier temps de mesure (entre la 3ème et la 5ème rencontre). Seul l'item 8 du TACIQ, « *Mon thérapeute m'a laissé choisir ce dont je voulais parler* », s'est avéré significativement corrélé avec le score global du WAI complétés par les clients à ce temps de mesure ($r=0.94$, $p<0.05$ au niveau bilatéral) (voir la courbe ci-dessous, figure 3.1, pour un aperçu visuel de la relation entre l'item 8 du TACIQ et le score global du WAI complétés par les clients à ce temps de mesure).

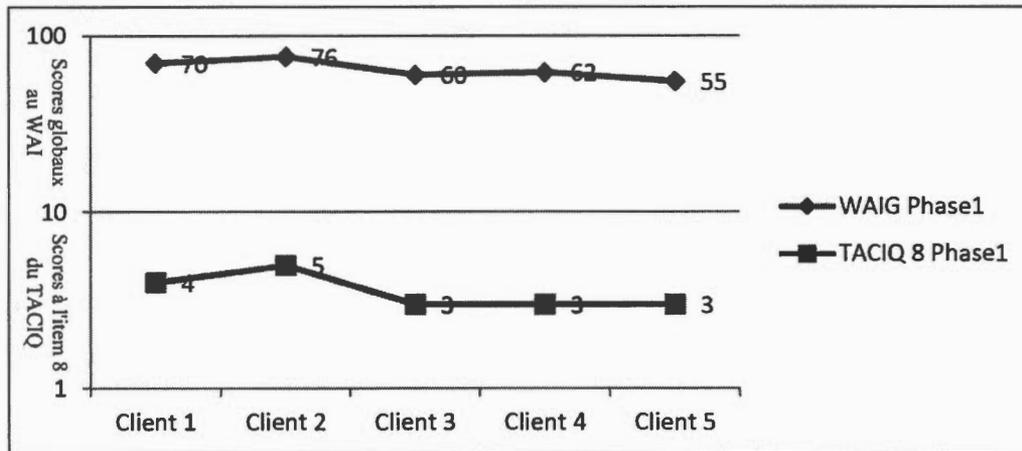


Figure 3.1 Un aperçu de la corrélation entre l'item8 du TACIQ et le score global du WAI cotés par les clients au 1er temps de mesure.

Cinq clients ont également complété les deux questionnaires au deuxième temps de mesure, relativement au milieu de leurs suivis (entre la 7ème et la 10ème rencontre). Parmi ces cinq clients, il y a deux des clients précédents qui ont complété les questionnaires au premier temps de mesure et trois nouveaux clients (voir tableau 2.2 ci-dessus pour avoir une idée de ces cinq clients, il s'agit des clients 1, 2, 4, 5 et 8 dans le tableau). L'item 8 du TACIQ s'est avéré significativement corrélé négativement cette fois-ci avec le score global du WAI complétés par les clients à ce temps de mesure ($r=-0.88$, $p<0.05$ au niveau bilatéral). (Voir la courbe ci-dessous, figure 3.2, pour un aperçu visuel de la relation entre l'item 8 du TACIQ et le score global du WAI complétés par les clients à ce temps de mesure). Les 14 autres items

du TACIQ ne se sont pas avérés significativement corrélés avec le score global du WAI complétés par les clients à ce temps de mesure.

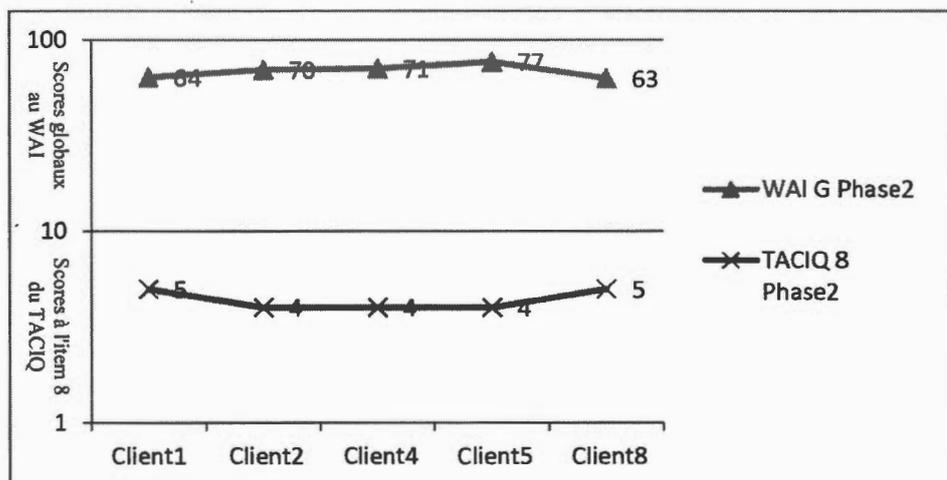


Figure 3.2 Un aperçu de la corrélation entre l'item 8 du TACIQ et le score global du WAI complétés par les clients au 2ème temps de mesure.

Onze clients ont complété les deux questionnaires au troisième temps de mesure, c'est-à-dire vers la fin de leur démarche thérapeutique qui a duré entre 8 et 15 rencontres (en moyenne 12.18 rencontres). Seuls les items 7 « *Mon thérapeute a fait référence à des détails que nous avons abordés dans des séances précédentes* », et 10 « *Mon thérapeute a fait des commentaires positifs à propos de moi* » du TACIQ se sont avérés significativement corrélés avec le score global du WAI complétés par les clients à ce temps de mesure (pour les deux items $r=0.61$, $p<0.05$ au niveau bilatéral).

Dans le but de comparer les résultats obtenus dans notre étude avec ceux obtenus dans l'étude de Duff et Bedi (2010) nous avons procédé, à l'aide du logiciel Excel, par le processus standard de comparaison de coefficients de corrélation (Différence de transformées de Fisher des coefficients de corrélation, pondérée par l'erreur type de cette différence). Pour les résultats obtenus au premier temps de mesure (N=5), les coefficients de corrélations obtenus dans notre étude entre 13 des items du TACIQ d'un côté et le score global du WAI de l'autre ne diffèrent pas de façon significative des coefficients de corrélation obtenus entre les mêmes variables dans l'étude de Duff et Bedi (2010). Seulement pour les items 8 « *Mon thérapeute m'a laissé choisir ce dont je voulais parler* » et 15 « *Mon thérapeute a validé mon expérience (par exemple, il/elle a dit que ma réaction était compréhensible et raisonnable et que c'était ok de se sentir ainsi)* » du TACIQ, les coefficients de corrélation obtenus dans notre étude diffèrent significativement de ceux obtenus dans l'étude de Duff et Bedi (2010) (Pour l'item 8 : $z=-2.56$, $p<0.05$, et pour l'item 15 : $z=2.45$, $p<0.05$, voir le tableau 3.1 afin de comparer les coefficients de corrélation obtenus pour ces deux items dans les deux études).

Tableau 3.1 Comparaison des coefficients de corrélation, pour les items 8 et 15 du TACIQ, entre l'étude de Duff et Bedi (2010) et la présente étude au premier temps de mesure.

	r (Duff et Bedi, 2010)	r (notre étude)	z	p(niveau bilatéral)
TACIQ Item 8	-0.067	0.943	-2.56	0.01*
TACIQ Item 15	0.55	-0.813	2.45	0.01*

*. La différence de corrélations est significative au niveau 0,05 (bilatéral).

Pour le deuxième temps de mesure (N=5) les coefficients de corrélations obtenus dans notre étude entre 14 des items du TACIQ d'un côté et le score global du WAI de l'autre ne diffèrent pas de façon significative des coefficients de corrélation obtenus entre les mêmes variables dans l'étude de Duff et Bedi (2010). Seulement pour l'item 1 du TACIQ « *Mon thérapeute a établi un contact visuel avec moi* », le coefficient de corrélation obtenu dans notre étude diffère significativement de celui obtenu dans l'étude de Duff et Bedi (2010) ($z=2.26$, $p<0.05$, voir le tableau 3.2 ci-dessous afin de comparer les coefficients de corrélation obtenus pour cet item dans les deux études).

Tableau 3.2 Comparaison des coefficients de corrélation, pour l'item 1 du TACIQ, entre l'étude de Duff et Bedi (2010) et la présente étude au deuxième temps de mesure.

	r (Duff et Bedi, 2010)	r (notre étude)	z	p(niveau bilatéral)
TACIQ Item 1	0.478	-0.801	2.26	0.02*

*. La différence de corrélations est significative au niveau 0,05 (bilatéral).

Pour le troisième temps de mesure (N=11), les coefficients de corrélation obtenus dans notre étude entre chacun des 15 items du TACIQ et les scores globaux du WAI cotés par les clients ne diffèrent pas de façon significative des coefficients de corrélation obtenus entre les même variables dans l'étude de Duff et Bedi (2010).

Dans le but de répondre au deuxième objectif de l'étude, soit d'analyser du côté des thérapeutes/stagiaires, les corrélations entre leur perception quant à la fréquence de survenue de chaque comportement du TACIQ et leur perception globale quant à la force de l'alliance thérapeutique avec leurs clients participants à la présente étude, nous avons procédé par des corrélations linéaires de type Pearson. Nous avons ainsi analysé les corrélations entre les scores attribués par les thérapeutes à la fin des suivis aux items du TACIQ et la moyenne des scores globaux du WAI complété par ces derniers aux différents temps de mesure. Seul l'item 3 du TACIQ « *J'ai posé des questions à ce client* » s'est avéré significativement corrélé avec la moyenne du score

global du WAI ($r=0.75$, $p<0.01$ au niveau bilatéral). En calculant les coefficients de corrélation de type Pearson entre les scores des thérapeutes/stagiaires pour cet item et les moyennes de leurs scores pour les trois sous-échelles du WAI, l'item 3 du TACIQ s'est avéré significativement corrélé avec les moyennes des scores pour les sous-échelles *Accord sur les tâches* ($r=0.84$, $p<0.01$ au niveau bilatéral) et *Accord sur les objectifs* ($r=0.79$, $p<0.01$ au niveau bilatéral).

Afin de répondre au troisième objectif de l'étude, soit de comparer les perceptions des clients avec celles de leurs thérapeutes quant aux fréquences de survenue en suivi de chaque comportement identifié au TACIQ, nous avons calculé les coefficients de corrélation linéaire de Pearson entre les scores donnés par les clients pour chaque item du TACIQ au troisième temps de mesure (c'est à dire à la fin des suivis) et les scores pour les mêmes items complétés par leurs thérapeutes à la fin du processus thérapeutique avec chaque client. Aucun item du TACIQ, complété par les 11 clients à ce temps de mesure ne s'est avéré significativement corrélé avec les scores donnés par leurs thérapeutes à la fin du suivi.

En utilisant le test *t de Student* pour comparer par des tests bilatéraux les moyennes pour échantillons appariés, nous avons comparé la moyenne des scores donnés par les 11 clients au troisième temps de mesure pour chaque item du TACIQ avec la moyenne des scores donnés par leurs thérapeutes pour le même item vers la fin du

suivi. Nous avons également effectué un test *bootstrap* avec 1000 permutations dans le but de confirmer les résultats obtenus au test *t* même lorsque les données ne sont pas distribuées de façon normale. Ce test établit une probabilité empirique bilatérale par le rang de la valeur absolue du *t* observé parmi celles de 1000 permutations au hasard de qui est client et qui est thérapeute dans chaque dyade. Les résultats obtenus semblent suggérer qu'en moyenne les clients cotent les items 1 « *Mon thérapeute a établi un contact visuel avec moi* », 10 « *Mon thérapeute a fait des commentaires positifs à propos de moi* », 14 « *Mon thérapeute a gardé les aspects administratifs en dehors des sessions (par exemple, honoraires, prise de rendez-vous, documents)*» et 15 du TACIQ « *Mon thérapeute a validé mon expérience (par exemple, il/elle a dit que ma réaction était compréhensible et raisonnable et que c'était ok de se sentir ainsi)* » vers la fin de leurs suivis de façon significativement plus élevée que les thérapeutes participants à cette étude (voir le tableau 3.3 ci-dessous pour les données statistiques).

Tableau 3.3 Résultats du test *t* pour comparer les moyennes des scores donnés par les clients à la fin de leurs thérapies aux items 1, 10, 14 et 15 du TACIQ avec les moyennes des scores donnés à ces items par leurs thérapeutes

	Moyenne clients	Moyenne thérapeutes	<i>t</i>	Sig. (bilatéral)	Bootstrap ^a Sig. (bilatéral)
TACIQ 1	4.64	4	4.183	0.002**	0.001** ^b
TACIQ 10	4.	2.64	3.321	0.008**	0.023*
TACIQ 14	4.64	3.18	2.846	0.017*	0.038*
TACIQ 15	4.27	3.45	3.105	0.011*	0.018* ^c

^a. Sauf avis contraire, les résultats du bootstrap sont basés sur 1000 échantillons de bootstrap

^b. Basée sur 991 échantillons

^c. Basée sur 999 échantillons

*. La différence est significative au niveau 0,05 (bilatéral).

** . La différence est significative au niveau 0,01 (bilatéral).

Afin de nous assurer que ces différences dans la cotation en moyenne des items 1, 10, 14 et 15 du TACIQ entre les clients et les thérapeutes ne sont pas dues à un effet de pratique - étant donné que 8 des 11 clients ont côté le questionnaire plus qu'une seule fois durant leur processus alors que tous les thérapeutes l'ont complété une seule fois à la fin des suivis - nous avons répété la procédure précédente pour comparer les moyennes des scores donnés par les 11 clients à la première fois qu'ils ont complété le TACIQ avec les moyennes des scores donnés par leurs thérapeutes pour les mêmes items vers la fin du suivi. Parmi les 4 items pour lesquels les moyennes des scores donnés par les clients au 3ème temps de mesure ont été significativement plus élevées que les moyennes des scores donnés par les thérapeutes à la fin du suivi, seulement pour l'item 1 du TACIQ la moyenne des scores donnés par les clients à la première

fois qu'ils ont complété le questionnaire est significativement plus élevée que la moyenne des scores donnés par les thérapeutes à la fin du suivi ($t=-3.464$, $p<0.01$, confirmé par un test *bootstrap* avec 1000 permutations qui a donné $p=0.017$).

Ainsi, les moyennes des scores attribués par les clients vers les fins de leurs suivis pour les items 10, 14 et 15 du TACIQ, sont significativement plus élevées que les moyennes des cotes attribuées pour les mêmes items par les thérapeutes participant à cette étude (voir le tableau 3.3 ci-dessus pour les résultats au test t pour ces items et leurs probabilités après un test *bootstrap* de 1000 permutations). Toutefois, lorsque ces items sont cotés pour la première fois par les mêmes clients, leurs moyennes ne diffèrent pas significativement des moyennes des cotes qui leur sont attribuées par les thérapeutes à la fin des suivis. La question se pose ainsi à savoir qu'est ce qui ferait en sorte que les clients cotent ces trois items vers la fin de leurs démarches de façon plus élevée que lorsqu'ils ont complété le questionnaire pour la première fois? Y-aurait-il un effet de pratique du questionnaire qui ferait en sorte que plus les clients cotent ces items plus ils tendraient à donner des scores élevés?

Afin d'essayer de répondre à cette question nous avons comparé les moyennes des scores donnés par les huit clients qui ont coté ces items plus qu'une seule fois avec les scores des trois clients (client 9, 10 et 11 dans la figure 3.3 ci-dessous) qui les ont

cotés une seule fois vers la fin du suivi. Pour les items 10 et 14, les scores donnés par les trois clients qui ont complété le questionnaire une seule fois vers la fin de leurs suivis semblent plus proches des moyennes des scores donnés vers la fin de la démarche par les huit clients qui ont complété le questionnaire plus qu'une seule fois (voir la courbe ci-dessous, figure 3.3). Cette observation semble suggérer que le fait d'attribuer des scores plus élevés pour ces items par les clients vers la fin du suivi soit moins en lien avec un effet de pratique de la cotation du questionnaire qu'en lien avec la perception des clients d'une fréquence de survenue plus élevée de ces comportements vers la fin du suivi.

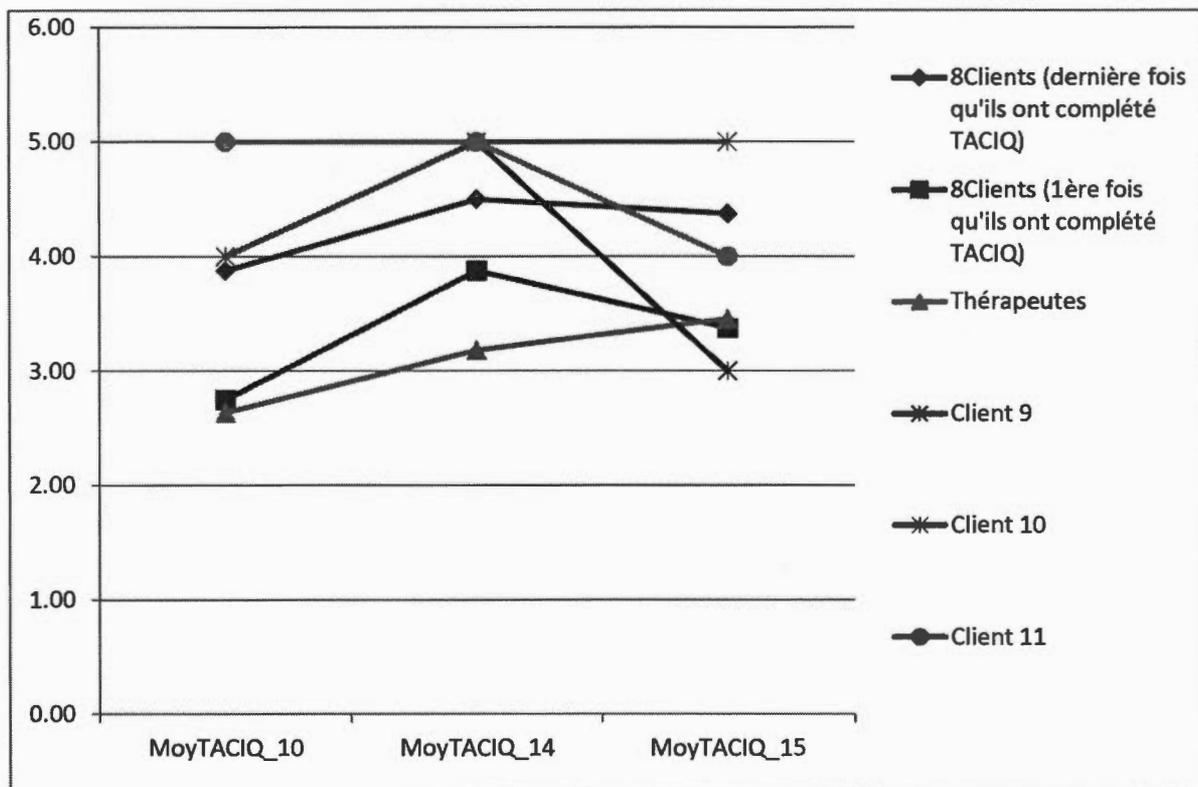


Figure 3.3 Comparaison des moyennes des scores donnés aux items 10, 14 et 15 du TACIQ par les huit clients qui ont coté ces items plus qu'une seule fois avec les scores des trois clients qui les ont cotés une seule fois vers la fin de leurs thérapies et les moyennes des scores donnés par les thérapeutes à ces items.

Quant à l'item 15 du TACIQ, les scores donnés par les trois clients qui ont complété le questionnaire une seule fois vers la fin de leur suivi semblent se positionner entre les moyennes des scores donnés au début de la démarche et ceux donnés vers la fin de la démarche par les huit clients qui ont complété le questionnaire plus qu'une seule fois (voir la courbe ci-dessus, figure 3.3). Cette observation ne nous permet ainsi pas

de nous prononcer sur la différence de moyennes pour les scores attribués par les clients et ceux attribués par les thérapeutes pour cet item. Cette différence serait-elle due à un effet de pratique du questionnaire (plus le questionnaire est pratiqué plus le score pour cet item serait élevé) ou bien à un effet de perception subjective des clients d'être plus fréquemment validés dans leurs expériences par leurs thérapeutes vers la fin du suivi? Nous ne pouvons pas à la lumière du devis de recherche utilisé dans cette étude répondre à cette question. Une étude longitudinale, avec plus de sujets, proposant la cotation répétée de cet item par les clients et les thérapeutes à différents moments clés du processus thérapeutique permettrait d'apporter plus d'éclairage à cette question.

Afin de répondre au quatrième objectif de l'étude, soit d'explorer des liens possibles entre les perceptions des clients par rapport aux fréquences de survenue de chacun des 15 comportements identifiés dans le TACIQ au début de leurs démarches, et leurs perceptions des changements au niveau de leur fonctionnement psychologique entre le début et la fin de leurs thérapies, une nouvelle variable a été créée pour les sept clients qui ont complété le questionnaire MI au moins à deux reprises durant leurs suivis. Celle-ci a été appelée *Changement des scores MI avec le temps*, et a été créée, avec l'aide du logiciel Excel, en soustrayant, pour chacun de ces sept clients, les scores aux items de la MI complétée pour la première fois de ceux obtenus en complétant le même questionnaire vers la fin du suivi. Cette nouvelle variable sert

ainsi comme une mesure du changement psychologique entre le début et la fin de la thérapie pour chacun des 7 clients ayant complété la MI plus qu'une fois durant leur processus. Ainsi, l'item Ch-MI1 de la nouvelle variable par exemple réfère au changement dans la fréquence à laquelle un client se perçoit comme une personne heureuse entre le début et la fin de sa démarche. Dans le même sens, l'item Ch-MI2 de la nouvelle variable réfère au changement dans la fréquence à laquelle un client se considère satisfait de sa vie entre le début et la fin de sa thérapie (voir annexe A pour un rappel des 10 items de la MI). Ensuite, nous avons calculé les coefficients de corrélation de Pearson entre d'un côté les scores obtenus aux items de cette nouvelle variable (*Changement des scores MI avec le temps*) et de l'autre côté les scores des mêmes clients aux items du TACIQ lorsque complété pour la première fois durant leur suivi, ce qui correspond à la première fois qu'ils ont complété la MI (voir le tableau 3.4 ci-dessous pour les résultats en détails).

Tableau 3.4 Corrélations entre les changements des scores aux items de la MI et les scores aux items du TACIQ coté pour la première fois

	TACIQ1	TACIQ3	TACIQ4	TACIQ5	TACIQ6	TACIQ7	TACIQ8	TACIQ9	TACIQ10	TACIQ11	TACIQ12	TACIQ13	TACIQ14	TACIQ15	
Ch_M11	Corrélation de Pearson	0.510	0.000	-0.024	0.240	-0.496	0.062	0.336	0.445	-0.320	-0.679	-0.462	-0.930**	0.372	-0.067
	Sig.(bilatérale)	0.243	1.000	0.959	0.604	0.257	0.895	0.461	0.317	0.484	0.093	0.297	0.002	0.411	0.886
Ch_M12	Corrélation de Pearson	0.167	0.382	0.462	-0.471	-0.091	0.091	-0.545	0.030	-0.059	0.167	0.113	0.122	-0.091	0.364
	Sig.(bilatérale)	0.721	0.398	0.297	0.286	0.846	0.846	0.206	0.949	0.900	0.721	0.809	0.795	0.846	0.422
Ch_M13	Corrélation de Pearson	-0.091	0.418	0.156	-0.194	-0.300	-0.400	-0.271	-0.815*	0.258	0.228	0.806*	0.400	-0.300	0.181
	Sig.(bilatérale)	0.846	0.350	0.739	0.677	0.513	0.374	0.556	0.025	0.576	0.623	0.029	0.374	0.513	0.697
Ch_M14	Corrélation de Pearson	-0.471	0.270	0.276	-0.708	-0.194	-0.710	-0.665	-0.821*	-0.125	0.354	0.801*	0.258	-0.194	0.609
	Sig.(bilatérale)	0.286	0.558	0.549	0.075	0.677	0.074	0.103	0.024	0.789	0.437	0.031	0.576	0.677	0.147
Ch_M15	Corrélation de Pearson	0.471	-0.540	-0.452	0.417	-0.258	0.258	-0.070	0.084	-0.167	0.059	0.320	0.043	0.645	0.047
	Sig.(bilatérale)	0.286	0.211	0.308	0.352	0.576	0.576	0.881	0.858	0.721	0.900	0.484	0.927	0.117	0.921
Ch_M16	Corrélation de Pearson	-0.750	0.382	.782*	-0.354	0.730	-0.091	-0.495	-0.238	0.471	0.708	-0.113	0.304	-0.548	.795*
	Sig.(bilatérale)	0.052	0.398	0.038	0.437	0.062	0.846	0.259	0.607	0.286	0.075	0.809	0.507	0.203	0.033

	TACIQ1	TACIQ3	TACIQ4	TACIQ5	TACIQ6	TACIQ7	TACIQ8	TACIQ9	TACIQ10	TACIQ11	TACIQ12	TACIQ13	TACIQ14	TACIQ15	
Ch_M17	Corrélation de Pearson	0.354	-0.810*	-0.427	0.167	0.258	0.645	-0.175	.800*	-0.417	0.147	-0.320	0.108	0.710	-0.047
	Sig.(bilatérale)	0.437	0.027	0.339	0.721	0.576	0.117	0.707	0.031	0.352	0.753	0.484	0.818	0.074	0.921
Ch_M18	Corrélation de Pearson	0.198	0.227	0.401	-0.070	0.271	0.488	-0.235	0.407	0.175	0.198	-0.336	0.145	-0.108	0.157
	Sig.(bilatérale)	0.670	0.625	0.373	0.881	0.556	0.266	0.612	0.365	0.707	0.670	0.461	0.757	0.817	0.736
Ch_M19	Corrélation de Pearson	0.495	-.907**	-0.549	0.315	0.108	0.651	-0.176	0.708	-0.420	0.149	-0.135	0.108	.868*	-0.020
	Sig.(bilatérale)	0.259	0.005	0.202	0.491	0.817	0.113	0.705	0.075	0.348	0.751	0.774	0.817	0.011	0.967
Ch_M110	Corrélation de Pearson	0.000	0.000	0.000	-0.382	0.000	0.000	0.000	0.386	-0.382	-0.270	-0.367	-0.197	0.000	-0.215
	Sig.(bilatérale)	1.000	1.000	1.000	0.398	1.000	1.000	1.000	0.393	0.398	0.558	0.418	0.672	1.000	0.644
Ch_M1_G	Corrélation de Pearson	0.345	-0.279	0.139	-0.273	0.044	0.423	-0.664	0.493	-0.373	0.274	-0.055	0.044	0.512	0.500
	Sig.(bilatérale)	0.448	0.544	0.767	0.554	0.925	0.345	0.104	0.260	0.409	0.552	0.906	0.925	0.240	0.253

L'item 2 du TACIQ est absent de ce tableau parce qu'il ne génère pas de variation permettant de calculer des coefficients de corrélation

** La corrélation est significative au niveau 0,01 (bilatéral).

* La corrélation est significative au niveau 0,05 (bilatéral).

Comme le montre le tableau 3.4, ci-dessus, des 154 croisements des 14 items du TACIQ (excluant son item 2 sans variation) avec les 11 items du MI (incluant le score global de la MI), 11 montrent une probabilité inférieure à 0.05, alors qu'on en attendrait 7 ou 8 dus au seul hasard si tous ces tests étaient indépendants, ce qu'ils ne sont toutefois pas strictement. Une certaine prudence reste de mise dans l'acceptation de ces 11 corrélations marquées significatives ($p < .05$). Le premier critère à rencontrer est qu'une corrélation doit avoir du sens, c'est-à-dire montrer une polarité compatible avec les concepts d'intervention clinique.

Afin de confirmer les résultats obtenus dans les 11 corrélations précédentes marquées significatives, nous avons procédé par tests par permutations dans le but de vérifier si parmi toutes les permutations possibles entre ces items du TACIQ et de la nouvelle variable (*le changement des scores de la MI*) les corrélations marquées significatives dans le paragraphe précédent le restent. Le degré de signification d'un coefficient de corrélation est alors établi par le nombre de coefficients égaux ou supérieurs à lui, en valeur absolue, sur l'ensemble exhaustif des 5040 appariements possibles des sept différences de MI avec les sept observations au TACIQ. Sept corrélations restent statistiquement significatives quand les probabilités exactes sont ainsi établies (voir tableau 3.5 ci-dessous).

Tableau 3.5 Corrélations marquées significatives entre les items du TACIQ cotés initialement par les 7 clients et le changement des scores de ces clients pour les items de la MI entre le début et la fin de leurs suivis

TACIQ	ChMI	Corrélation de Person	Probabilités après testes par permutations des appariements
Item 3	Item 7	R=-0.81*	p=0.021
Item 3	Item 9	R=-0.907*	p=0.029
Item 9	Item 3	R= -0.815*	p=0.048
Item 9	Item 4	R= -0.821*	p=0.036
Item 12	Item 4	R= 0.801*	p=0.043
Item 13	Item 1	R=-0.93*	p=0.048
Item 14	Item 9	R=0.868*	p=0.048

*.La corrélation est significative au niveau 0,05 (bilatéral).

Pour valider que ces sept corrélations marquées significatives portent bien sur des changements entre le début et la fin des suivis, et que le premier temps de mesure de la MI ne donne que la ligne de base individuelle servant à réduire la variance, nous avons recalculé séparément pour la première et la dernière fois que la MI a été cotée par les 7 clients, les corrélations des items de la MI avec les items du TACIQ faisant partie des 7 corrélations significatives précédentes. Nous avons par la suite procédé

par des tests par permutations pour confirmer que les corrélations marquées significatives au temps 1 ou 2 le restent même en considérant toutes les permutations possibles (voir le tableau 3.6 ci-dessous pour un aperçu des coefficients de corrélation par paire des items du TACIQ, avec les items de la nouvelle variable (*Changement des scores MI avec le temps*), ainsi qu'avec les items de la MI cotés au premier et au 2ème temps de mesure.) Afin de faciliter l'interprétation des résultats, nous avons regroupé les résultats selon les corrélations entre les items du TACIQ cotés initialement par ces 7 clients et les items de la MI au temps 1 (entre la 3ème et la 7ème rencontre) et au temps 2 (vers la fin des suivis). Et pour illustrer visuellement les groupes dans le tableau 3.6, ci dessous, les corrélations entre les items du premier groupe sont surlignées en jaune, alors que celles du deuxième groupe sont surlignées en vert.

Tableau 3.6 Coefficients de corrélation, Pearson, par paire des items du TACIQ, avec les items de la nouvelle variable (*Changement des scores MI avec le temps*), ainsi qu'avec les items de la MI cotés au premier et au 2ème temps de mesure.

TACIQ-3	ChMI-7 R=-0.81* P=0.021	MI-7(temps1) R=0.35 p=0.762	MI-7(temps2) R=-0.54 p=0.371
TACIQ-9	ChMI-3 R=-0.815* p=0.048	MI-3(temps1) R=-0.78 p=0.095	MI-3(temps2) R=-0.955** p=0.0095
TACIQ-13	ChMI-1 R=-0.93* p=0.048	MI-1(temps1) R=0.4 p=0.571	MI-1(temps2) R=-0.71 p=0.114
TACIQ-3	ChMI-9 R=-0.907* p=0.029	MI-9(temps1) R=0.78 p=0.114	MI-9(temps2) R=-0.259 p=0.819
TACIQ-9	ChMI-4 R=-0.821* p=0.036	MI-4(temps1) R=0.80 p=0.086	MI-4(temps2) R=-0.505 p=0.429
TACIQ-12	ChMI-4 R=0.801* p=0.043	MI-4(temps1) R=-0.906* p=0.029	MI-4(temps2) R=0.32 p=0.571
TACIQ-14	ChMI-9 R=0.868* p=0.048	MI-9(temps1) R=-0.496 p=0.381	MI-9(temps2) R=0.496 p=0.324

*. Probabilités calculées après avoir procédé par des tests par permutations. La corrélation est significative au niveau 0,05 (bilatéral).

**.. Probabilités calculées après avoir procédé par des tests par permutations. La corrélation est significative au niveau 0,01 (bilatéral).

1er groupe :

Pour trois des 7 corrélations avec le changement de la MI (surlignées en jaune dans le tableau précédent, 3.6, et présentées de nouveau dans le tableau 3.6.a ci-dessous), les valeurs absolues des corrélations au 2ème temps de mesure (lorsque la MI est cotée vers la fin des thérapies) sont plus grandes que celles pour le premier temps de mesure, suggérant ainsi des relations causales, et une valeur prédictive de certains items du TACIQ, notamment les items 3, 9 et 13 lorsque cotés initialement, de l'amélioration de l'état psychologique chez ces 7 clients (voir le tableau 3.6.a ci-dessous pour les corrélations entre les items de ces trois paires).

Tableau 3.6.a Corrélations items TACIQ et items MI pour les paires du 1er groupe

	ChMI-7	MI-7(temps1)	MI-7(temps2)
TACIQ-3	R=-0.81*	R=0.35	R=-0.54
	P=0.021	P=0.762	P=0.371
	ChMI-3	MI-3(temps1)	MI-3(temps2)
TACIQ-9	R=-0.815*	R=-0.78	R=-0.955**
	P=0.048	P=0.095	P=0.0095
	ChMI-1	MI-1(temps1)	MI-1(temps2)
TACIQ-13	R=-0.93*	R=0.4	R=-0.71
	P=0.048	P=0.571	P=0.114

*. Probabilités calculées après avoir procédé par tests par permutations. La corrélation est significative au niveau 0,05 (bilatéral).

** . Probabilités calculées après avoir procédé par tests par permutations. La corrélation est significative au niveau 0,01 (bilatéral).

L'item 3 du TACIQ « *Mon thérapeute m'a posé des questions* » et l'item 7 de la MI² « *Je sens que quelque chose ne tourne pas rond dans ma tête* », ne sont pas significativement corrélés ni au temps 1, ni au temps 2. Toutefois, le changement des scores pour l'item 7 de la MI est significativement corrélé de façon négative avec les scores des clients à l'item 3 du TACIQ lorsque complété pour la première fois. La plus grande valeur absolue de la corrélation avec l'item 7 de la MI au 2ème temps de mesure appuierait la notion que le changement dans la perception des clients de l'item 7 de la MI soit prédit par l'item 3 du TACIQ coté initialement par ces derniers, dans le sens que plus fréquemment ces clients rapportent que leurs thérapeutes leur ont posé des questions au premier temps de mesure, moins ils semblent témoigner d'une amélioration quant à la fréquence de sentir que quelque chose ne tourne pas rond dans leurs têtes. Il reste de l'ambiguïté à ce sujet, parce que le lien significatif du changement dépend partiellement d'une corrélation de signe opposé au premier temps.

Le même raisonnement peut s'appliquer au lien entre l'item 13 du TACIQ « *Mon thérapeute s'est assis(e) face à moi (c'est-à-dire, s'est assis directement devant moi)* »

² Nous avons procédé à la cotation de cet item dans un sens inversé afin d'obtenir une mesure dans un sens positif en termes du bien-être psychologique. Ainsi, un score maximal (5) pour cet item indique une fréquence très faible (jamais) de sentir que quelque chose ne tourne pas rond dans la tête du client, et un score minimal pour cet item (1) indique une fréquence très élevée (presque toujours) de quelque chose qui ne tourne pas rond dans la tête du client.

» et l'item 1 de la MI « *Je suis une personne heureuse* ». Toutefois, la corrélation négative entre ces deux mesures, ne semble pas cliniquement plausible dans le sens que plus ces clients rapportent à la première fois qu'ils complètent les deux questionnaires que leurs thérapeutes se sont assis directement devant eux, moins ils rapportent une amélioration quant à leur sentiment d'être heureux. Ce lien négatif semble difficilement crédible selon les connaissances dans le domaine de la psychothérapie. Nous serons ainsi portés à rejeter cette corrélation en la considérant comme probablement un faux positif statistique dû au peu de données disponibles, ou tout simplement une corrélation qui n'a pas de signification clinique.

L'item 9 du TACIQ « *Mon thérapeute était honnête (il a partagé des informations négatives franchement)* » et l'item 3 de la MI « *Je suis satisfait de mes relations avec les autres* » ne s'avèrent pas significativement corrélés au temps 1 après avoir procédé par des tests par permutations. Ces deux items sont toutefois significativement corrélés négativement au temps 2. Il nous semble anormal que la corrélation avec le changement de l'item 3 de la MI (MI3 au temps2 - MI3 au temps1) soit significative alors que les deux corrélations avec cet item au temps 1 et au temps 2 sont de même polarité (négative) et de grandes valeurs absolues. Afin de vérifier l'authenticité de ce lien négatif avec le changement de l'item 3 de la MI, nous avons analysé les diagrammes ci-dessous (figures 3.4, 3.5, 3.6 et 3.7). Nous avons constaté en effet que les deux clients qui se sont améliorés quant à leur sentiment de satisfaction dans leurs

relations (client 2 et 6) sont ceux qui ont coté le plus bas la fréquence de ressentir leur thérapeute honnête dans le partage des informations négatives avec eux au premier temps de mesure (voir figure 3.4), alors que les deux client qui ont donné initialement les scores les plus élevés pour l'item 9 du TACIQ (client 3 et 7) n'ont pas rapporté de changement à l'item 3 de la MI, c'est-à-dire dans leur sentiment de satisfaction de leurs relations avec les autres (Voir figure 3.4). Ces observations semblent valider le lien causal négatif entre la perception initiale de ces clients par rapport à l'item 9 du TACIQ et le changement dans leur satisfaction de leurs relations avec les autres en général.

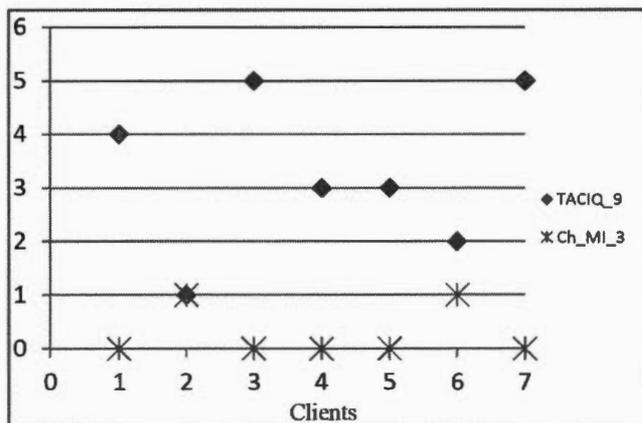


Figure 3.4 Corrélation TACIQ9 avec Changement MI3

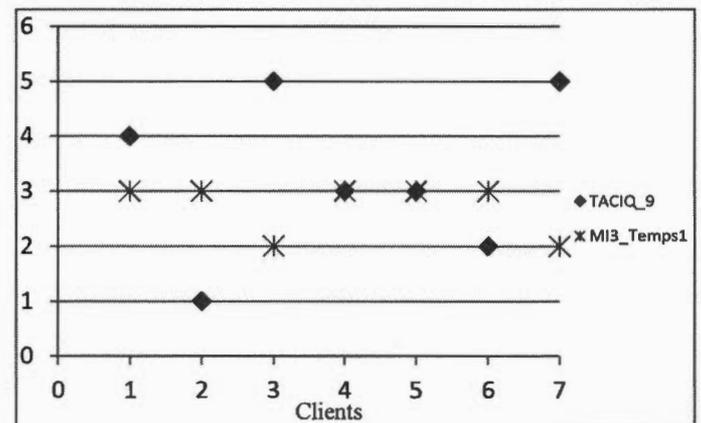


Figure 3.5 Corrélation TACIQ9 avec MI3-Temps1

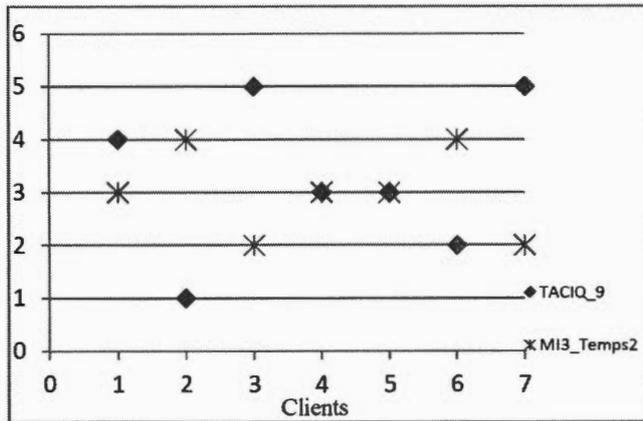


Figure 3.6 Corrélation TACIQ9 avec MI3-Temps2

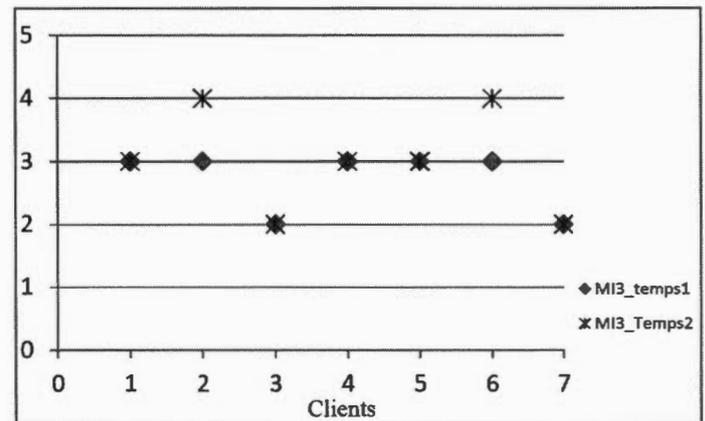


Figure 3.7 L'item 3 de la MI au 1er et au 2ème temps de mesure

2ème groupe:

Pour trois autres des 7 corrélations avec le changement de la MI (surlignées en vert dans le tableau 3.6 ci-dessus, et présentées de nouveau dans le tableau 3.6.b ci-dessous), les valeurs absolues des corrélations au premier temps de mesure sont plus grandes que celles pour le deuxième temps de mesure, suggérant ainsi un effet au premier temps entre les deux mesures. Cet effet au premier temps de mesure pourrait rendre compte des liens entre les items du TACIQ cotés initialement et les changements de l'état psychologique de ces clients tels qu'observés dans leurs cotes à certains items de la MI au début et vers la fin de leurs suivis (voir le tableau 3.6.b ci-dessous pour les corrélations entre les items de ces 3 paires).

Tableau 3.6.b Corrélations items TACIQ et items MI pour les paires du 2ème groupe

	ChMI-9	MI-9(temps1)	MI-9(temps2)
TACIQ-3	R=-0.907*	R=0.78	R=-0.259
	P=0.029	P=0.114	P=0.819
	ChMI-4	MI-4(temps1)	MI-4(temps2)
TACIQ-9	R=-0.821*	R=0.80	R=-0.505
	P=0.036	P=0.086	P=0.429
	ChMI-4	MI-4(temps1)	MI-4(temps2)
TACIQ-12	R=0.801*	R=-0.906*	R=0.32
	P=0.043	P=0.029	P=0.571

*. Probabilités calculées après avoir procédé par des tests par permutations. La corrélation est significative au niveau 0,05 (bilatéral).

L'item 3 du TACIQ « *Mon thérapeute m'a posé des questions* » et l'item 9 de la MI³ « *Je me sens seul* » ne sont pas significativement corrélés ni au temps 1, ni au temps 2. Étant donné que la corrélation au premier temps de mesure a une valeur absolue plus importante que celle au temps 2, nous pouvons penser que la plus grande part de l'effet ici soit au temps 1, dans le sens que la corrélation entre ces deux mesures au temps 1 pourrait rendre compte de la corrélation avec le changement de l'item 9 de la MI. Il se peut ainsi que le fait de se sentir seuls au début de la démarche, ait influencé la perception de ces clients quant à la fréquence des questions posées par leurs

³ Nous avons procédé à la cotation de cet item dans un sens inversé afin d'obtenir une mesure dans un sens positif en termes du bien-être psychologique. Ainsi, un score maximal (5) pour cet item indique une fréquence très faible (jamais) de se sentir seul, et un score minimal (1) pour cet item indique une fréquence très élevée (presque toujours) de se sentir seul.

thérapeutes à ce moment-là, dans le sens que plus fréquemment ces clients se sentaient seuls à la première fois qu'ils ont complété les questionnaires, moins ils ont coté la fréquence des questions posées par leurs thérapeutes à ce moment de la thérapie et vice versa. Par ailleurs, le changement des scores pour l'item 9 de la MI entre les deux temps de mesure est significativement corrélé négativement avec les scores des clients à l'item 3 du TACIQ lorsque complété initialement. Il serait ainsi également possible de voir un lien causal entre la perception initiale de ces clients quant à la fréquence des questions posées par leurs thérapeutes et le changement quant à leur sentiment d'être seuls entre le début et la fin de la démarche. Autrement dit, ce lien négatif semble suggérer que plus ces clients rapportent à la première fois qu'ils complètent le TACIQ que leurs thérapeutes leur ont posé des questions moins ils rapportent une amélioration quant à la fréquence de se sentir seuls entre le début et la fin de leur démarche. Cette explication implique qu'il y ait simultanément deux effets, soit un pour expliquer le lien positif entre les deux mesures au temps 1 et un autre pour expliquer le lien négatif entre la fréquence des questions du thérapeute, telle que perçue initialement par les clients, et l'amélioration dans leur sentiment d'être seuls entre le début et la fin de leur démarche, ce dernier effet annulant le premier, d'où le manque de corrélation avec la MI au deuxième temps de mesure.

Le même raisonnement pourrait s'appliquer à la relation entre l'item 9 du TACIQ « *Mon thérapeute était honnête (il a partagé des informations négatives franchement)* » et l'item 4 de la MI « *Je me sens aimé et apprécié* ». Il est également possible de voir simultanément deux effets, un pour expliquer le lien positif entre ces deux mesures au temps 1, et un autre pour expliquer le lien négatif entre la perception initiale de ces clients par rapport à l'honnêteté de leurs thérapeutes et l'amélioration dans leur sentiment d'être aimés et appréciés entre le début et la fin de leurs suivis. Il se peut ainsi que le fait de se sentir aimés et appréciés au début de la démarche, ait influencé la perception de ces clients quant à l'honnêteté de leurs thérapeutes à leur égard, dans le sens que plus ces clients se sentaient aimés et appréciés à la première fois qu'ils ont complété les questionnaires, plus fréquemment ils ont coté que leurs thérapeutes étaient honnêtes avec eux à ce moment de la démarche. Par ailleurs, il se peut parallèlement que plus fréquemment ces clients rapportent initialement que leurs thérapeutes étaient honnêtes et avaient partagé des informations négatives avec eux, moins ils rapportent une amélioration dans leur sentiment d'être aimés et appréciés entre le début et la fin de leurs thérapies. En analysant les diagrammes ci-dessous (figures 3.8 et 3.9), nous pouvons exclure un effet de plafond pour l'item 4 de la MI en constatant qu'aucun des sept clients n'a donné la cote maximale à cet item au premier temps de mesure (voir figure 3.9). Nous constatons également que les clients 2, 5 et 6 (voir figure 3.8) qui ont manifesté une amélioration quant à la fréquence de se sentir aimés et appréciés entre le début et la fin de leurs thérapies sont ceux qui ont

attribué initialement les scores les moins élevés pour l'item 9 du TACIQ. Alors qu'un des clients qui a coté initialement au maximum l'item 9 du TACIQ a rapporté une détérioration dans la fréquence de se sentir aimé et apprécié entre le début et la fin de sa thérapie (Il s'agit du client 3 dans la figure 3.8 ci-dessous). Les deux autres clients qui ont initialement attribué des scores élevés pour l'item 9 du TACIQ (client 1 et 7) n'ont rapporté aucun changement dans la fréquence de se sentir aimés et appréciés entre le début et la fin de leurs démarches (voir figure 3.8). Ces observations semblent valider le lien négatif entre la perception initiale de ces clients quant à la fréquence de ressentir l'honnêteté de leurs thérapeutes et le changement dans leur sentiment d'être aimés et appréciés entre le début et la fin de leurs démarches.

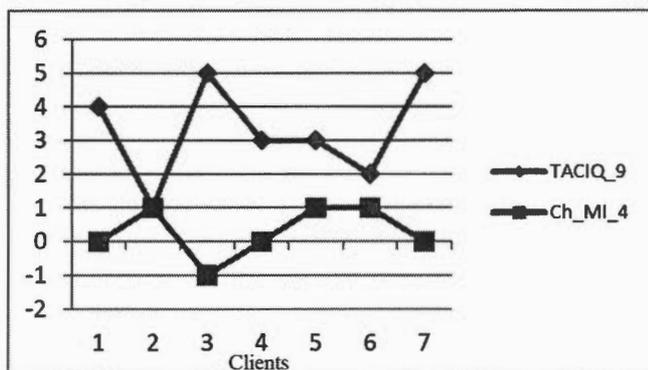


Figure 3.8 Corrélation TACIQ9 avec Changement MI 4

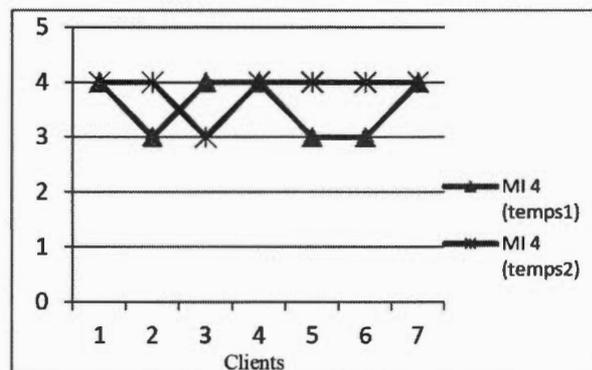


Figure 3.9 L'item 4 de la MI aux temps 1 et 2

L'item 12 du TACIQ « *Le thérapeute a donné des incitations verbales (par exemple, "uh huh", "hmm-mmm")* » et l'item 4 de la MI « *Je me sens aimé et apprécié* » sont significativement corrélés négativement au premier temps de mesure et ne sont pas

significativement corrélés au temps 2. Il serait difficile de tirer une conclusion cliniquement significative de ce lien négatif au premier temps de mesure. Comment comprendre cliniquement que plus fréquemment ces clients se sentaient aimés et appréciés au début de leurs démarches moins fréquemment ils rapportaient que leurs thérapeutes ont donné des incitations verbales. Nous serons par conséquent portés à rejeter cette corrélation en considérant qu'il s'agit ici d'un cas statistique faussement significatif étant donné le peu de données disponibles et le nombre de tests effectués, ou tout simplement d'une corrélation qui n'a pas de signification clinique.

Enfin, l'item 14 du TACIQ « *Le thérapeute a gardé les aspects administratifs en dehors des sessions (par exemple, honoraires, prise de rendez-vous, documents)* » et l'item 9 de la MI⁴ « *Je me sens seul* » ne sont pas significativement corrélés ni au temps 1 ($r=-0.496$, $p=0.381$), ni au temps 2 ($r=0.496$, $p=0.324$). Par contre le changement des scores pour l'item 9 de la MI est significativement corrélé avec les scores des clients à l'item 14 du TACIQ lorsque complété pour la première fois ($r=0.868$, $p=0.048$). Les corrélations aux deux temps de mesure ont la même valeur absolue, si celle avec le changement de la MI9 n'est pas un accident statistique, nous pouvons entrevoir deux effets présents, bien que non significatifs, égaux et qui se renforceraient dans la différence, le premier au temps 1 est négatif, et le deuxième au

⁴ Comme nous l'avons mentionné antérieurement, nous avons procédé à la cotation de cet item de façon inversée, dans le sens qu'un score élevé indique que la personne ne se sent jamais seule, tandis qu'un score faible indique qu'elle se sent très fréquemment seule.

temps 2 est positif. L'effet négatif au temps 1 suggérerait que plus fréquemment ces clients se sentaient seuls au début de leur démarche plus ils rapportaient que leurs thérapeutes avaient gardé les aspects administratifs en dehors des sessions dans les premières rencontres. L'effet positif avec le changement de l'item 9 de la MI peut indiquer que plus ces clients rapportaient que leurs thérapeutes avaient gardé les aspects administratifs en dehors des sessions au début de leurs démarches plus ils témoignaient d'une amélioration dans la fréquence de se sentir seuls entre le début et la fin de leurs démarches. L'effet négatif au premier temps de mesure semble peu plausible et difficilement interprétable sur le plan clinique. Il est donc possible de penser que la corrélation observée ici avec le changement des scores de l'item 9 de la MI soit due à un effet statistique faussement significatif en raison du peu de données disponibles et de rejeter par conséquent cette corrélation.

Afin de répondre au cinquième objectif de l'étude, soit de vérifier la possibilité d'utiliser le questionnaire du TACIQ par un observateur externe qui procurerait une perception externe se voulant plus «objective» par rapport aux perceptions des clients et des thérapeutes, nous nous sommes mis à l'épreuve d'obtention d'un accord inter-juges quant à la cotation des items du TACIQ en visionnant quelques enregistrements audiovisuels des séances de psychothérapie pour quelques dyades participant à l'étude. Les deux juges, qui sont deux doctorants en psychologie, ont visionné les enregistrements pour 8 séances, et ont coté, séparément, les items du TACIQ pour

chacune des séances visionnées. Des corrélations linéaires de type Pearson ont été, par la suite, effectuées. Nous avons procédé par des tests unilatéraux, car nous cherchions uniquement des corrélations positives. Des corrélations significatives, au travers des huit séances, ont été obtenues pour les 5 items suivants :

Item 1 : « *Le thérapeute a établi un contact visuel avec le client* » ($r=0.80$, $p<0.01$).

Item 5 : « *Le thérapeute a souri à son client* » ($r=0.93$, $p<0.01$).

Item 7 : « *Le thérapeute a fait référence à des détails abordés avec son client dans des séances précédentes* » ($r=0.84$, $p<0.01$).

Item 12 : « *Le thérapeute a donné des incitations verbales (par exemple, "uh huh", "hmm-mmm")* » ($r=0.72$, $p<0.05$).

Item 13 : « *Le thérapeute s'est assis face à son client (c'est-à-dire, s'est assis directement devant son client)* » ($r=0.66$, $p<0.05$).

Les corrélations obtenues pour les 10 autres items du questionnaire n'étaient pas significatives. Dans une tentative d'améliorer l'accord entre les deux juges dans la cotation des items du TACIQ, ces deux se sont réunis avec un des deux directeurs de l'essai doctoral afin d'analyser les résultats obtenus de leur première tentative d'aboutir à un accord inter-juges. Ils ont discuté de la définition et de la cotation de certains items problématiques, comme par exemple l'item 6 « *Le thérapeute a identifié et reflété les sentiments de son client* ». Il a été entendu que cet item ferait

allusion à un ajout de la part du thérapeute quant à la compréhension de l'état émotionnel et sentimental de son client. Après avoir visionné les enregistrements de 7 nouvelles séances, les deux juges ont réussi à obtenir des accords significatifs pour l'item 6 « *Le thérapeute a identifié et reflété les sentiments de son client* » ($r=0.71$, $p<0.05$) et l'item 9 « *le thérapeute était honnête (il a partagé des informations négatives franchement)*» ($r= 0.73$, $p<0.05$). Toutefois, ils n'ont pas réussi à obtenir d'accord statistiquement significatif pour les 8 autres items (items 2, 3, 4, 8, 10, 11, 14 et 15) pour lesquels ils n'étaient pas en accord lors du visionnement du premier bloc de 8 enregistrements.

Dans le but également de répondre au même objectif (le cinquième objectif de l'étude), un des deux juges a essayé de tester sa fidélité quant à la cotation du TACIQ avec le temps. Il a ainsi coté les items du questionnaire à deux reprises avec un intervalle d'environ 4 mois en visionnant les enregistrements des huit séances de thérapie. Ce sont les même séances qui ont été cotées par les deux juges à la deuxième reprise, c'est-à-dire après avoir précisé les critères de cotation pour certains items. Des corrélations linéaires de type Pearson ont été calculées pour chaque item afin d'évaluer la fidélité (test-Retest) de la cotation du questionnaire par un observateur externe. Nous avons procédé par des tests unilatéraux, car nous cherchons uniquement les corrélations dans le sens positif. Des corrélations significatives ont été obtenues pour les 7 items suivants :

Item 1 : « *Le thérapeute a établi un contact visuel avec le client* » ($r=0.90$, $p<0.01$).

Item 2 : « *Le thérapeute a parlé à son client d'expériences similaires qu'il a eues* » ($r=1$, $p<0.01$).

Item 5 : « *Le thérapeute a souri à son client* » ($r=0.94$, $p<0.01$).

Item 7 : « *Le thérapeute a fait référence à des détails abordés avec son client dans des séances précédentes* » ($r=0.94$, $p<0.01$).

Item 8 : « *Le thérapeute a laissé son client choisir ce dont il voulait parler* » ($r=0.87$, $p<0.01$).

Item 10 : « *Le thérapeute a fait des commentaires positifs à propos de son client* » ($r=0.70$, $p<0.05$).

Item 12 : « *Le thérapeute a donné des incitations verbales (par exemple, "uh huh", "hmm-mmm")* » ($r=0.75$, $P<0.05$).

Alors que pour les 8 autres items du questionnaire, les corrélations, Pearson, n'ont pas été significatives.

3.2 Analyses détaillées des scores de deux clients et de leur thérapeute aux trois instruments de mesure

Cinq clients ont complété les trois questionnaires à deux reprises durant leur démarche. Et deux clients les ont complétés à trois reprises, la première entre la 3ème

et la 5ème rencontre, la deuxième à la 7ème rencontre et la troisième vers la fin de leur suivi, après la 14ème ou la 15ème rencontre. Pour 6 clients de ces sept qui ont complété le questionnaire de la MI plus d'une fois, les scores pour les items de cet instrument ont augmenté à la deuxième cotation (vers les fins des suivis), ou sont restés les mêmes. Pour une cliente toutefois le score pour l'item 4 de la MI « *Je me sens aimé et apprécié* » a baissé à la deuxième cotation vers la fin du suivi. Nous trouvons curieux qu'une cliente commence sa psychothérapie en indiquant qu'elle se sent *fréquemment* aimée et appréciée et qu'elle finisse sa démarche en rapportant, à l'avant dernière rencontre qu'elle se sent *parfois* de la sorte. Nous avons par conséquent décidé d'analyser de façon plus détaillée les réponses données par cette cliente, ainsi que celles données par sa thérapeute aux instruments de mesure utilisés dans le cadre de ce projet afin d'essayer de comprendre ce changement qui nous semble curieux à prime abord. Nous avons remarqué par ailleurs que la même thérapeute a assuré le suivi d'un autre participant de l'étude. Nous avons alors décidé de comparer les scores attribués par ces deux clients et par leur thérapeute dans le but d'essayer de tracer des liens possibles entre les perceptions de ces trois participants quant aux différents items des questionnaires administrés. Afin de préserver la confidentialité de ces deux participants et de faciliter l'exposition et la comparaison des résultats nous allons appeler la cliente en question Sara et nous allons appeler le client suivi par la même thérapeute Mike.

Sara a eu un total de 8 rencontres de psychothérapie et a complété les questionnaires à deux reprises durant sa démarche, après sa 3ème rencontre et après l'avant dernière rencontre, c'est à dire la 7ème. Mike a eu un total de 10 rencontres avec la même thérapeute, et a complété les questionnaires à trois reprises durant sa démarche, après la troisième rencontre, après la septième rencontre et après la dernière rencontre. Le score global de la MI a augmenté pour Sara plus que pour Mike entre le début et la fin de leurs démarches respectives (voir la courbe ci-dessous, figure 3.10).

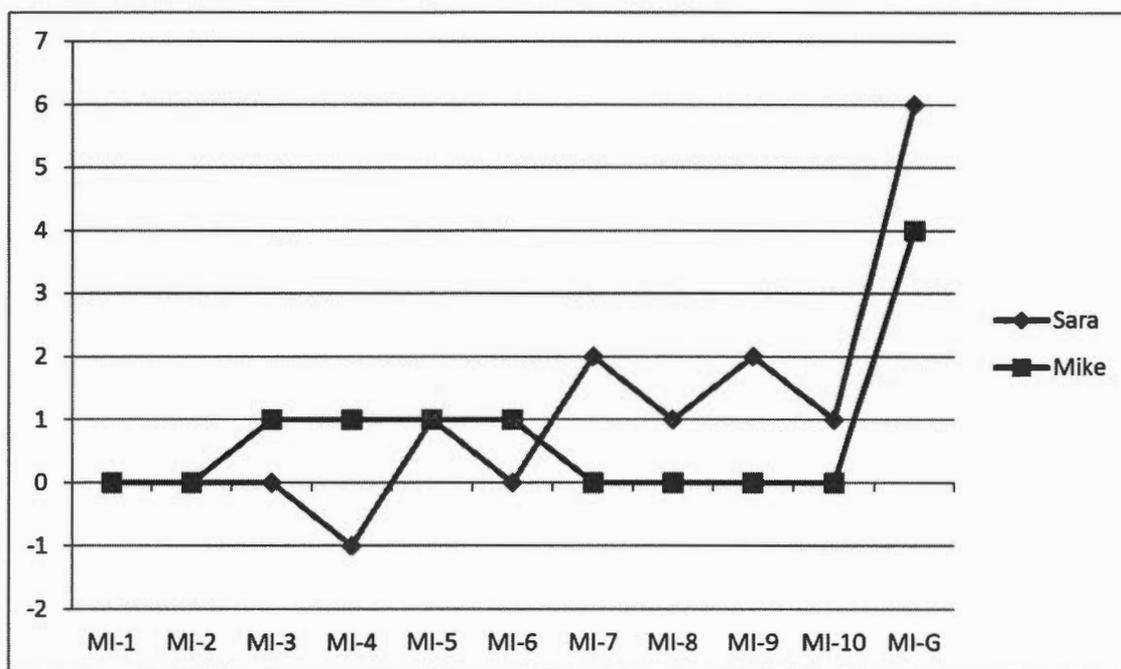


Figure 3.10 Changement des scores de Sara et Mike pour les items de la MI entre le début et la fin de leurs démarches.

Sara a rapporté une amélioration dans sa perception de ses relations avec ses proches (item 5 de la MI), ayant indiqué que celles-ci étaient *rarement* pleinement satisfaisantes après sa 3ème rencontre et *parfois* pleinement satisfaisantes vers la fin de sa thérapie. Elle a également exprimé une amélioration dans sa perception de son état mental (item 7 de la MI), ayant rapporté qu'elle sentait *fréquemment* que quelque chose ne tournait pas rond dans sa tête au premier temps de mesure, et qu'elle se sentait *rarement* de la sorte vers la fin de son suivi au deuxième temps de mesure. Sara a également exprimé une amélioration dans l'état de son humeur (item 8 de la MI), ayant rapporté qu'elle se sentait *fréquemment* déprimée au premier temps de mesure et *parfois* déprimée vers la fin de son suivi. Parallèlement, Sara a rapporté une amélioration quant à la fréquence de se sentir seule (item 9 de la MI), ayant indiqué qu'elle sentait *presque toujours* seule au premier temps de mesure, et *parfois* seule vers la fin de sa démarche thérapeutique. Elle a rapporté par ailleurs qu'elle se sentait *fréquemment* stressée au travail et à l'école (item 10 de la MI) au premier temps de mesure et *parfois* stressée dans ces milieux vers la fin de sa démarche. Par contre, les scores de cette cliente à l'item 4 de la MI démontrent une détérioration de son état sur ce point, comme nous l'avons mentionné antérieurement, ayant rapporté qu'elle se sentait moins fréquemment aimée et appréciée vers la fin de sa thérapie qu'à la première fois qu'elle a complété le questionnaire.

Mike de son côté a rapporté une amélioration dans la fréquence de se sentir satisfait dans ses relations (items 3 de la MI), et de se sentir aimé et apprécié (item 4 de la MI). Il a également exprimé une amélioration dans sa perception de ses relations avec ses proches (item 5 de la MI), ayant indiqué que celles-ci étaient *parfois* pleinement satisfaisantes au premier temps de mesure et *fréquemment* pleinement satisfaisantes à la fin de sa thérapie. Par ailleurs, les scores de Mike pour l'item 6 de la MI démontrent qu'il se sentait moins fréquemment craintif à la fin de sa démarche qu'au début de celle-ci. Il est à noter que les scores globaux pour la MI pointent vers un meilleur fonctionnement psychologique global chez Mike par rapport à Sara autant au début (28 pour Mike versus 23 pour Sara) que vers la fin de leurs démarches respectives (32 Mike versus 29 Sara) (voir les figures 3.11 et 3.12, ci-dessous, pour un aperçu de leurs scores pour les items de la MI à ces deux temps de mesure).

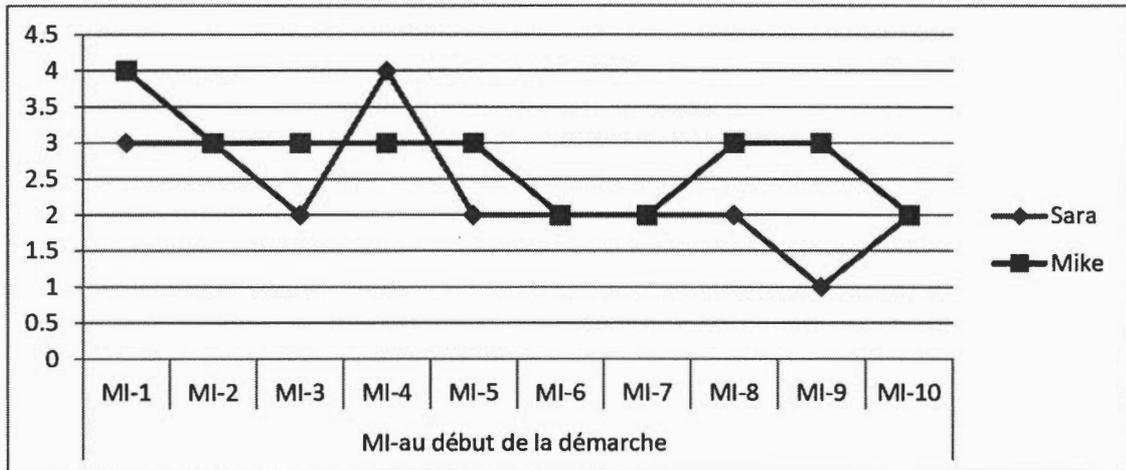


Figure 3.11 Les scores de Sara et Mike pour les items de la MI au début de leurs démarches.

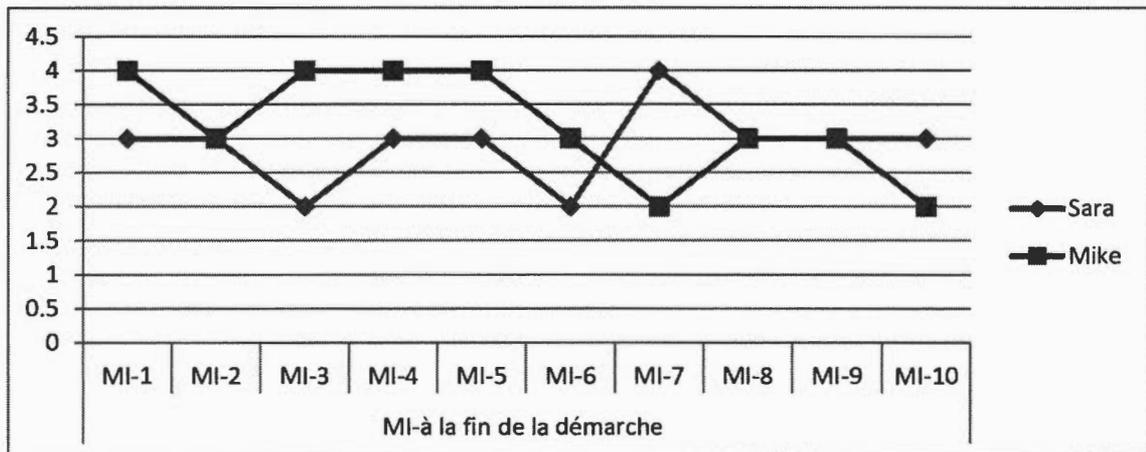


Figure 3.12 Les scores de Sara et Mike pour les items de la MI à la fin de leurs démarches.

Pour le premier temps de mesure (après la 3ème rencontre), le score global du WAI, ainsi que les scores pour les deux sous-échelles de cet instrument (*Accord sur les tâches* et *Accord sur les objectifs*) attribués par Sara sont plus élevés que ceux attribués par Mike. Alors que le score attribué par Sara à ce temps de mesure pour la sous-échelle *Lien affectif* est moins élevé que celui attribué par Mike (Voir la courbe ci-dessous, figure 3.13).

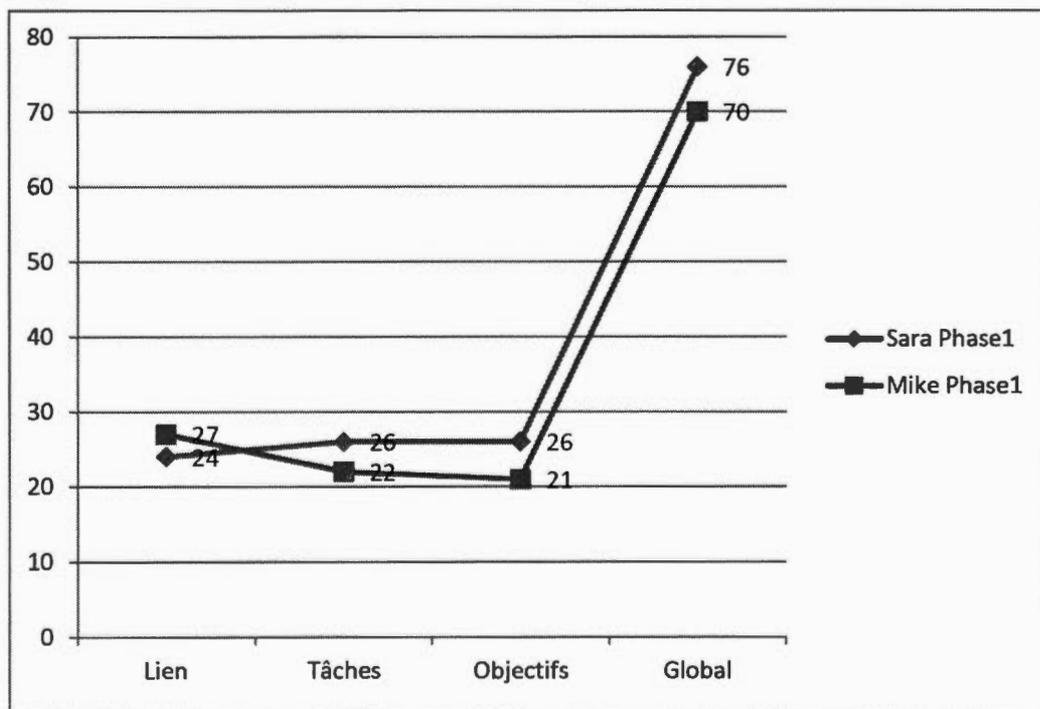


Figure 3.13 Les scores de Sara et Mike pour le WAI global et les trois sous-échelles du WAI au 1er temps de mesure.

À ce même temps de mesure (après la 3ème séance de thérapie), leur thérapeute de son côté a attribué à l'échelle globale, ainsi qu'aux trois sous-échelles du WAI des scores plus élevés pour Mike que ceux attribués pour Sara (voir la courbe ci-dessous, figure 3.14).

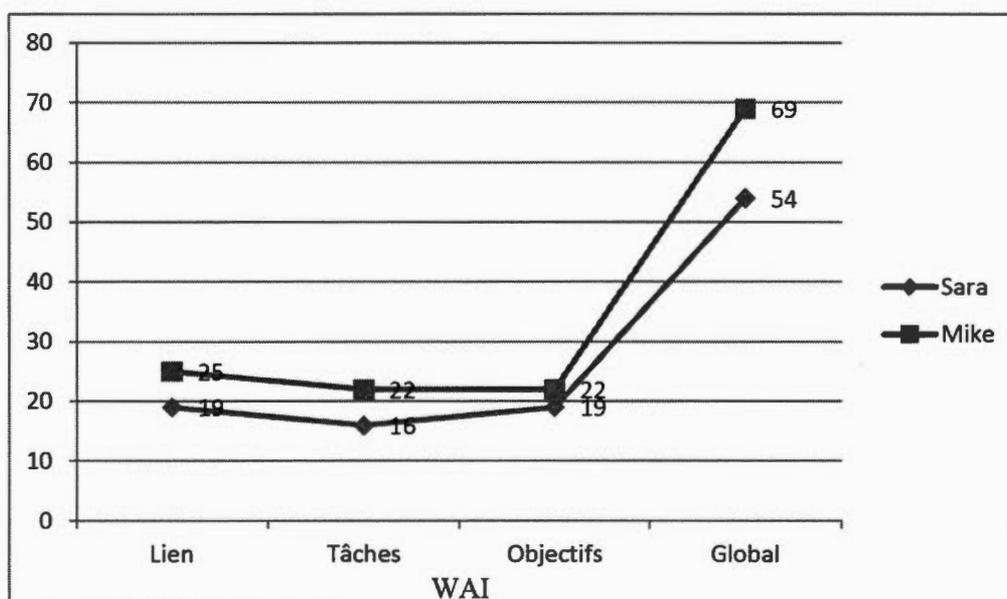


Figure 3.14 Les scores de la thérapeute de Sara et Mike pour le WAI global et les trois sous-échelles du WAI au 1er temps de mesure.

Nous observons que pour le premier temps de mesure, Sara a coté la majorité des items du WAI de façon plus élevée que sa thérapeute. La première a coté tous les items de façon élevée avec des scores entre 6 et 7 ($M= 6.33$) alors que sa thérapeute a donné des cotes variant entre 3 et 7 pour les items du WAI complété à ce même

temps de mesure ($M=4.5$). Les divergences semblent particulièrement évidente pour les items 11 du WAI, « *La cliente et sa thérapeute ont établi entre elles une bonne compréhension des changements qui seraient bons pour la cliente* », 12 « *Croire que la façon dont la cliente et la thérapeute travaillent sur le problème de la première est correcte* » et l'item 9 « *La thérapeute et sa cliente ont confiance l'une dans l'autre* ») (voir la courbe ci-dessous, figure 3.15). L'item 8 « *La thérapeute et sa cliente s'entendent sur ce qui est important pour la cliente de travailler en thérapie* » semble aussi illustrer une certaine divergence avec une cote 4 (*Quelques fois*) de la part de la thérapeute et 7 (*Toujours*) de la part de la cliente. Il est à noter que pour l'item 7 du WAI « *Cliente appréciée par la thérapeute* », la thérapeute a attribué une cote un peu plus élevée que sa cliente. La première lui a attribué la cote 7 à ce temps de mesure alors que la deuxième lui a donné la cote 6 (voir la courbe ci-dessous, figure 3.15).

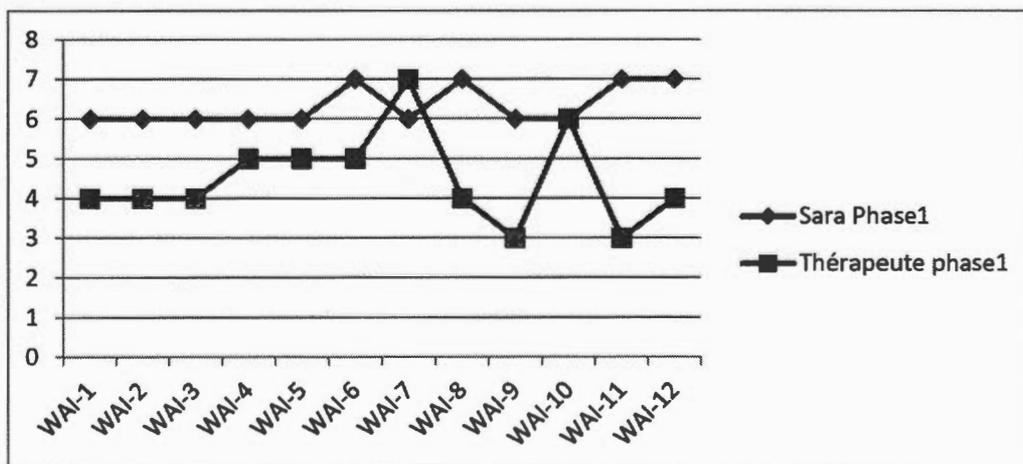


Figure 3.15 Les scores de Sara et sa thérapeute pour les items du WAI au 1er temps de mesure.

Mike de son côté a attribué à quatre items du WAI au premier temps de mesure des scores plus élevés que sa thérapeute. Il s'agit de l'item 3 « *Je crois que ma thérapeute m'aime bien* », l'item 4 « *Ma thérapeute comprend⁵ ce que j'essaie de réaliser en thérapie* », l'item 9 « *Ma thérapeute et moi avons confiance l'un dans l'autre* » et l'item 12 « *Je crois que la façon dont nous travaillons sur mon problème est correcte* ». Deux de ces items font partie de la sous-échelle *Lien affectif*. Mike par contre a coté trois items du WAI, à ce temps de mesure de façon moins élevée que sa thérapeute. Il s'agit de l'item 6 « *Ma thérapeute et moi travaillons en vue d'atteindre des objectifs sur lesquels nous nous sommes entendus* », l'item 8 « *Nous nous entendons sur ce qui est important pour moi de travailler en thérapie* » et l'item 10 « *Ma thérapeute et moi avons des opinions similaires⁶ quant à la nature réelle de mes problèmes* ». Deux de ces trois items font partie de la sous-échelle *Accord sur les objectifs* (voir la courbe ci-dessous, figure 3.16. pour la comparaison des scores donnés aux items du WAI par Mike et sa thérapeute à ce temps de mesure).

⁵ Dans la présentation et la discussion des résultats, nous avons changé le sens de cet énoncé qui est originalement négatif « *ma thérapeute ne comprend pas ce que j'essaie de réaliser en thérapie* » afin de contrer le fait que nous avons inversé, lors de la cotation, les scores des clients et des thérapeutes pour cet item.

⁶ Dans la présentation et la discussion des résultats, nous avons changé le sens de cet énoncé qui est originalement négatif « *Ma thérapeute et moi avons des opinions différentes quant à la nature réelle de mes problèmes* » afin de contrer le fait que nous avons inversé, lors de la cotation, les scores des clients et des thérapeutes pour cet item.

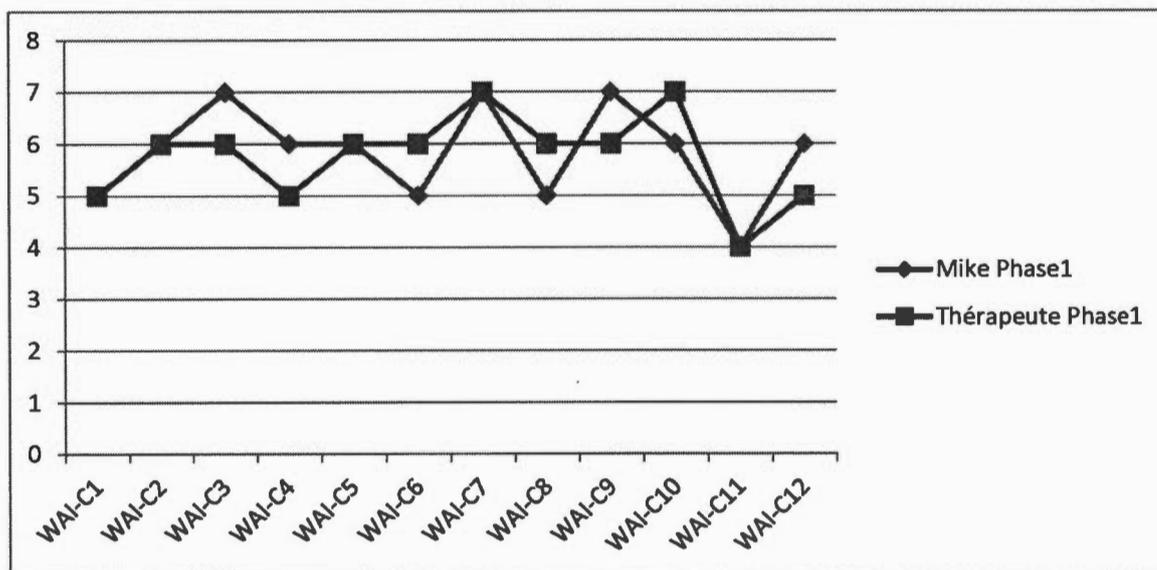


Figure 3.16 Les scores de Mike et sa thérapeute pour les items du WAI au 1er temps de mesure.

Pour le dernier temps de mesure (vers les fins de leurs suivis), les scores globaux attribués par les deux clients pour le WAI sont identiques (77). Pour les deux sous-échelles du WAI *Accord sur les tâches* et *Accord sur les objectifs*, les scores attribués par Sara sont toujours plus élevés que ceux attribués par Mike. Alors que pour la sous-échelle *Lien affectif*, le score attribué par Sara est moins élevé que celui attribué par Mike (Voir la courbe ci-dessous, figure 3.17).

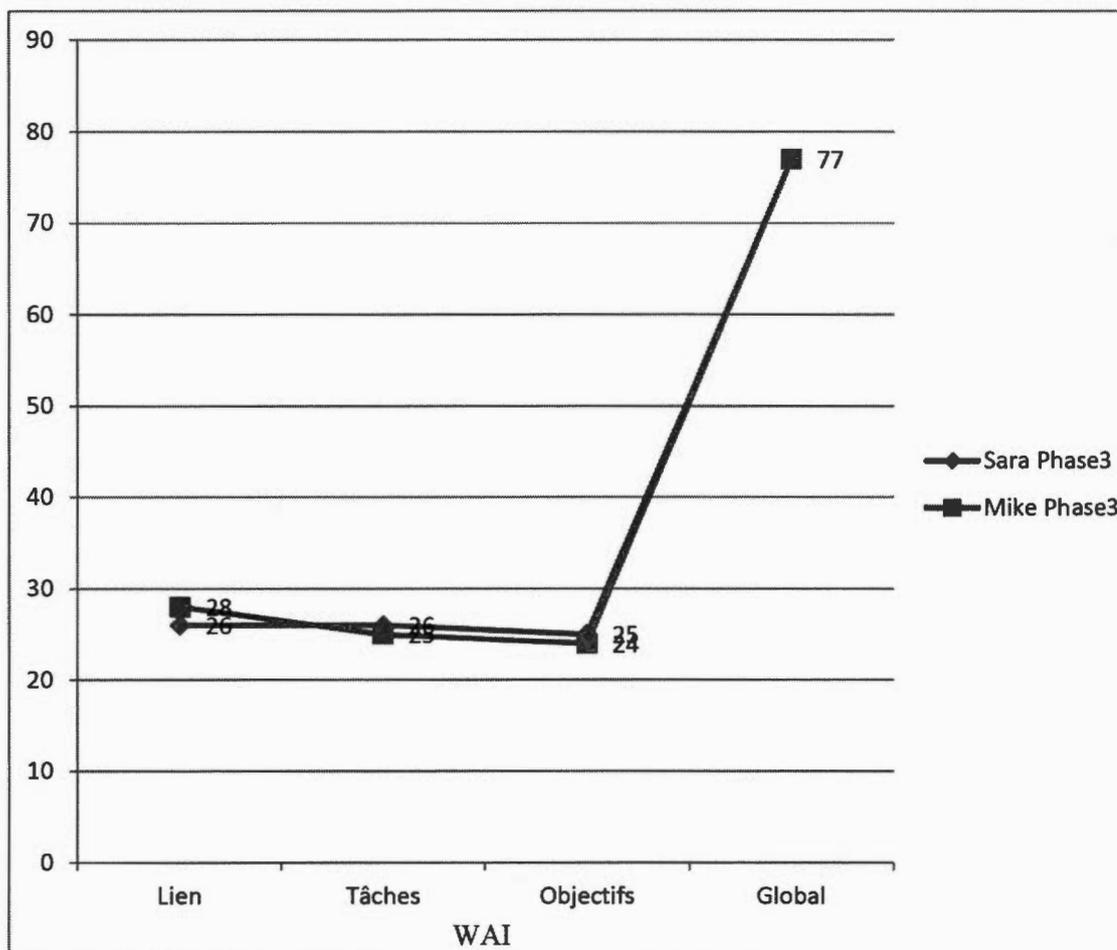


Figure 3.17 Les scores de Sara et Mike pour le WAI global et les trois sous-échelles du WAI au dernier temps de mesure.

Leur thérapeute a toutefois attribué, vers les fins des suivis avec ces deux clients, à l'échelle globale, ainsi qu'aux trois sous-échelles du WAI des scores plus élevés pour Mike que pour Sara (voir la courbe ci-dessous, figure 3.18).

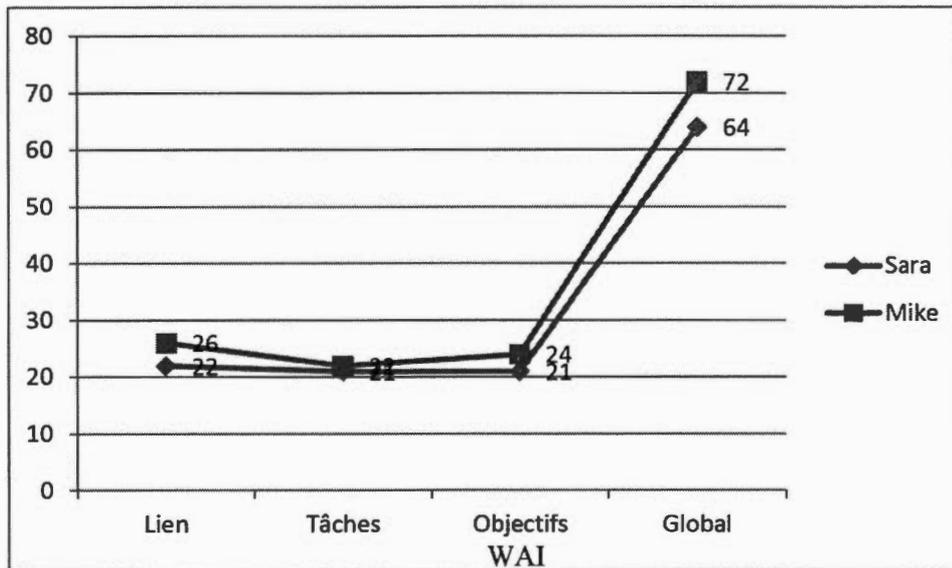


Figure 3.18 Les scores de la thérapeute de Sara et Mike pour le WAI global et les trois sous-échelles du WAI au dernier temps de mesure.

Nous observons que pour ce temps de mesure (vers la fin de son suivi) Sara a également coté la majorité des items du WAI de façon plus élevée que sa thérapeute, sauf pour l'item 7 « *Cliente appréciée par la thérapeute* » coté par la thérapeute de façon plus élevée que la cliente (voir la courbe ci-dessous, figure 3.19).

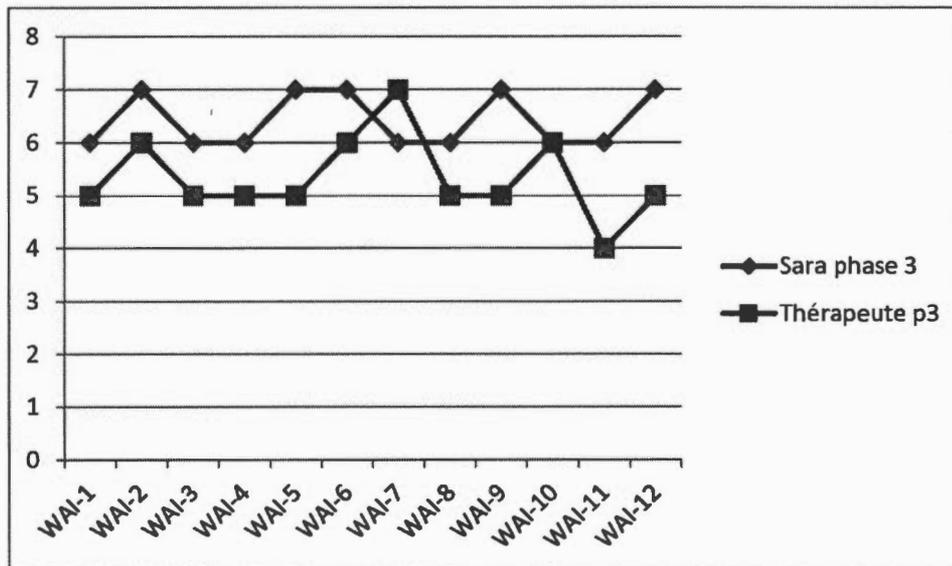


Figure 3.19 Les scores de Sara et sa thérapeute pour les items du WAI au dernier temps de mesure.

Les cotes attribués par Mike, vers la fin de sa démarche, pour l'item 1 « *Ma thérapeute et moi, nous nous entendons sur ce que j'aurai à faire en thérapie en vue de m'aider à améliorer ma situation* », l'item 5 « *J'ai confiance que ma thérapeute est capable de m'aider* », l'item 8 « *Nous nous entendons sur ce qui est important pour moi de travailler en thérapie* » et l'item 9 du WAI « *Ma thérapeute et moi avons confiance l'un dans l'autre* » sont plus élevées que celles attribués par sa thérapeute à ce moment-là (voir la courbe ci-dessous, figure 3.20)

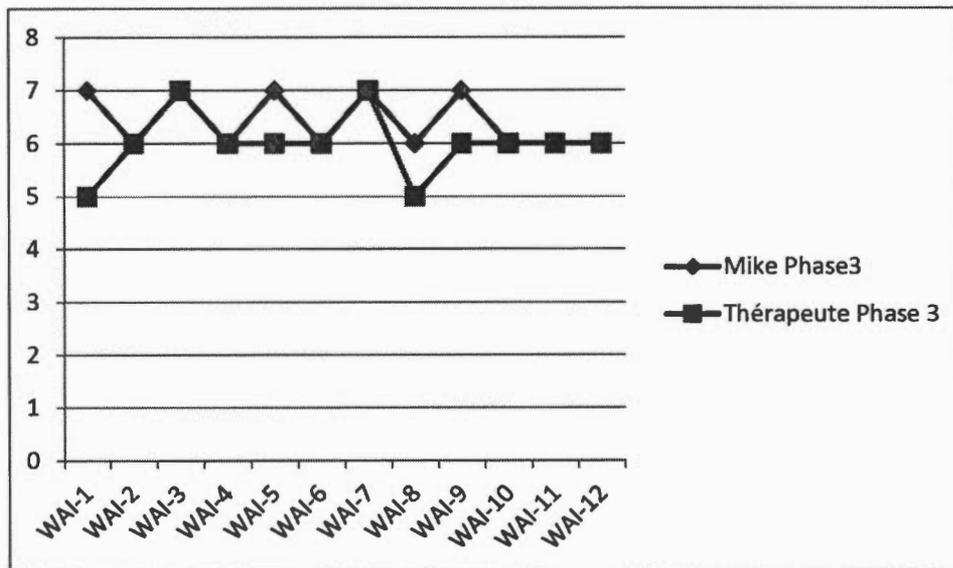


Figure 3.20 Les scores de Mike et sa thérapeute pour les items du WAI au dernier temps de mesure.

Les scores aux items 1, 5, 7, 8, 9 et 14 du TACIQ attribués par Sara au premier temps de mesure sont plus élevés que ceux attribués par Mike (voir la courbe ci-dessous, figure 3.21). Des écarts importants s'observent pour l'item 9 « *La thérapeute était honnête (elle a partagé des informations négatives franchement)* » et l'item 14 « *La thérapeute a gardé les aspects administratifs en dehors des sessions (par exemple, honoraires, prise de rendez-vous, documents)* », cotés au maximum (5) par Sara et au minimum (1) par Mike. Au même temps de mesure, les scores attribués aux items 3, 4, 10, 11, 12 et 15 du TACIQ par Mike sont plus élevés que ceux attribués par Sara (voir la courbe ci-dessous). Des écarts importants s'observent pour l'item 4 « *La thérapeute m'a fait des commentaires encourageants* » et l'item 15 « *La thérapeute a*

validé mon expérience (par exemple, elle a dit que ma réaction était compréhensible et raisonnable et que c'était ok de se sentir ainsi) », cotés 4, c'est-à-dire «Très souvent» par Mike et 1, c'est-à-dire «Jamais» par Sara. Il est possible de voir ici un lien entre la perception de cette cliente à ce stade précoce de sa démarche quant à l'absence de commentaires encourageants et de validation de la part de sa thérapeute, et le sentiment d'être moins fréquemment aimée et appréciée vers la fin de sa thérapie qu'au début (item 4 de la MI). De son côté Mike montre une amélioration sur ce point, ayant rapporté se sentir plus fréquemment aimé et apprécié à la fin de son suivi qu'au début.

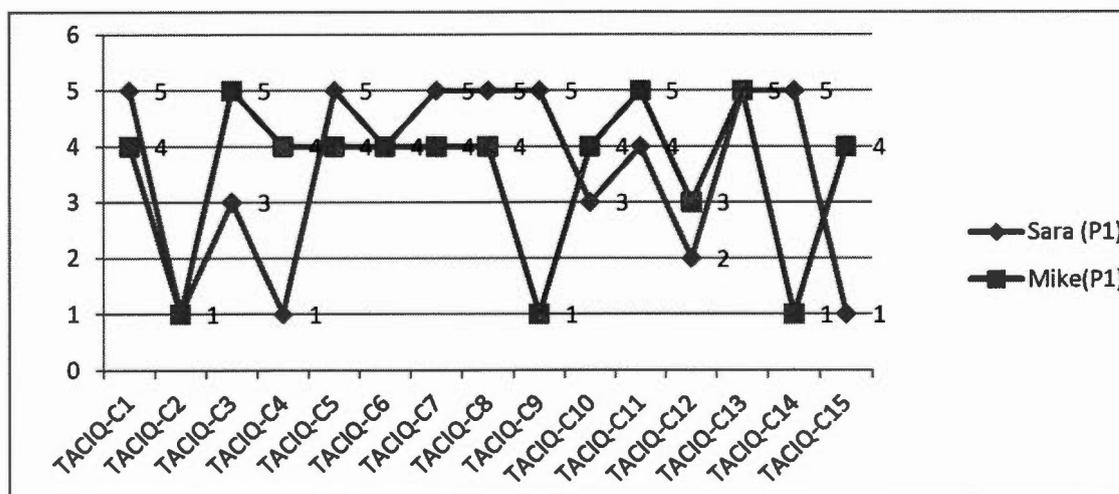


Figure 3.21 Les scores de Mike et Sara pour les items du TACIQ au 1er temps de mesure.

Pour le dernier temps de mesure, vers les fins de leurs démarches, le score attribué à l'item 8 du TACIQ « *La thérapeute m'a laissé choisir ce dont je voulais parler* » par

Sara est plus élevée que celui attribué par Mike (voir la courbe ci-dessous, figure 3.22). Alors que les scores attribués par Mike aux items 4, 10, 11, 12, 13 et 15 du TACIQ sont plus élevés que ceux attribués par Sara (voir la courbe ci-dessous, figure 3.22). Des écarts importants s'observent pour les items 11 « *La thérapeute est restée assise immobile (c'est à dire, sans agitation)* », 12 « *La thérapeute a donné des incitations verbales* » et 13 « *La thérapeute s'est assise face à moi (c'est-à-dire, s'est assise directement devant moi)* », cotés au maximum (5) par Mike et (2) par Sara.

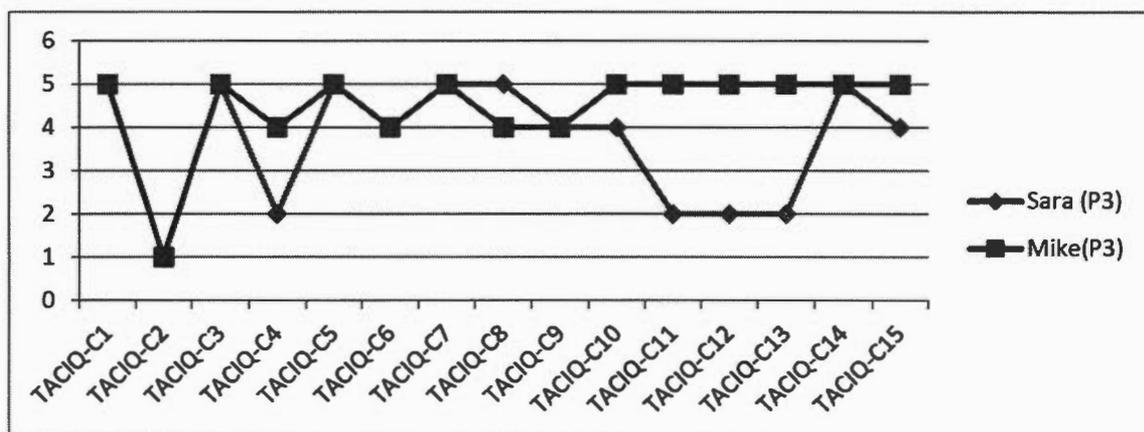


Figure 3.22 Les scores de Mike et Sara pour les items du TACIQ au dernier temps de mesure.

Leur thérapeute de son côté a coté rétrospectivement les fréquences de survenue des comportements du TACIQ de façon quasi identique pour les deux clients à la fin de ses suivis avec eux (voir la courbe ci-dessous, figure 3.23).

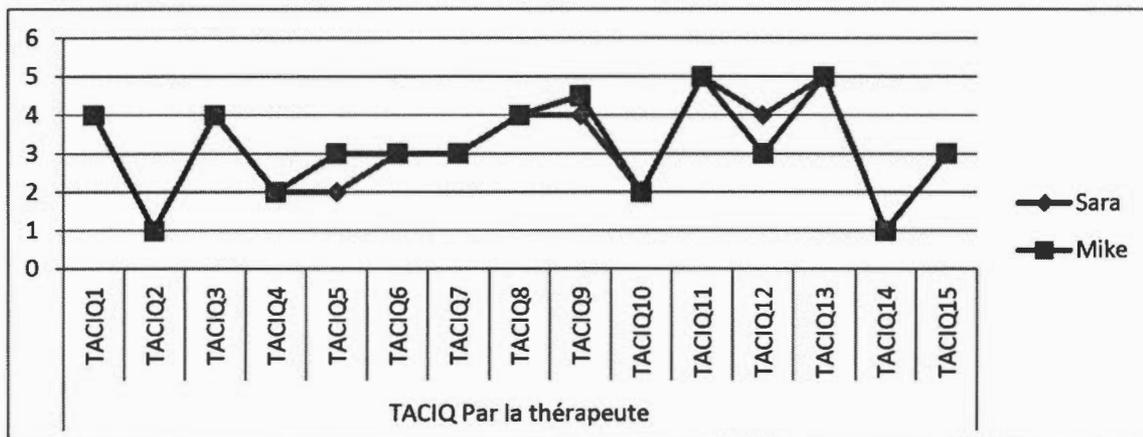


Figure 3.23 Les scores de la thérapeute de Mike et Sara pour les items du TACIQ après les fins des suivis avec ces deux clients

Les scores de Sara pour les items 4 «*Ma thérapeute m'a fait des commentaires encourageants*» et 15 «*Ma thérapeute a validé mon expérience*» du TACIQ, côtés 1 (*Jamais*) au premier temps de mesure par cette cliente, ont augmenté lorsqu'elle a complété ce questionnaire après l'avant dernière rencontre. Sara a rapporté vers la fin de son suivi que sa thérapeute lui a *des fois* fait des commentaires encourageants et a *très souvent* validé son expérience dans les trois avant dernière rencontres (Pour un aperçu global sur les changements des scores de cette cliente aux items du TACIQ entre le début et la fin de son suivi, voir la courbe ci-dessous, figure 3.24).

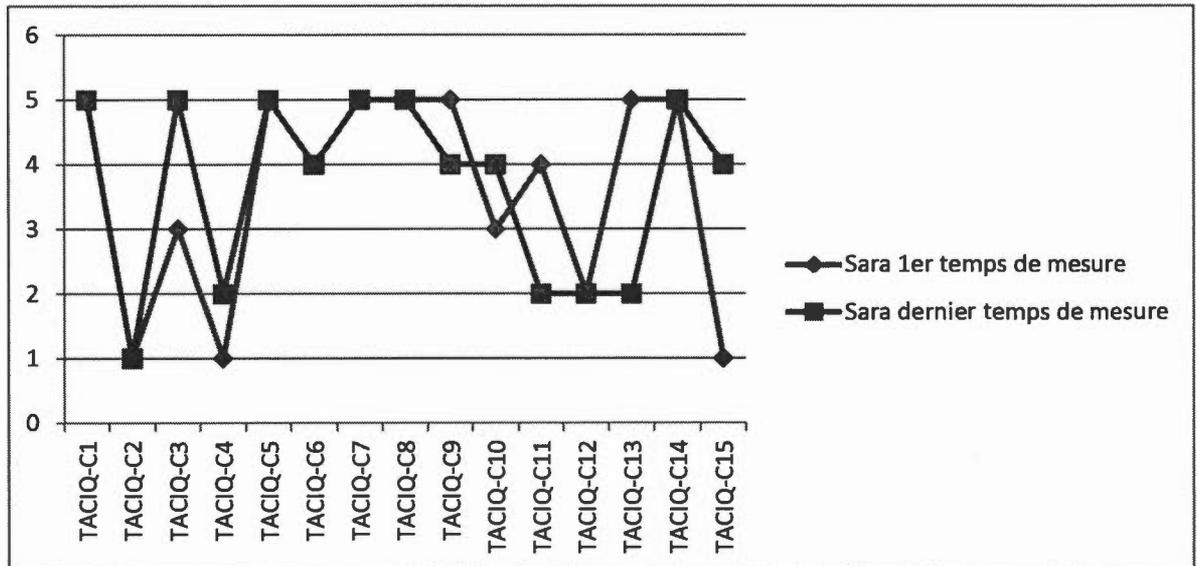


Figure 3.24 Les scores de Sara pour les items du TACIQ au 1er et au dernier temps de mesure

CHAPITRE IV

DISCUSSION

Dans ce chapitre nous discutons de certains résultats obtenus dans ce projet en les confrontant aux résultats d'études empiriques antérieures, notamment aux résultats obtenus par Duff et Bedi (2010) et aux connaissances en psychologie clinique.

4.1 Discussion des résultats des analyses statistiques

Dans une perspective longitudinale nous avons répliqué l'étude de Duff et Bedi (2010), et nous avons comparé les résultats obtenus aux trois temps de mesure de notre étude avec les leurs. Pour le premier temps de mesure dans notre étude, c'est-à-dire entre la 3ème et la 5ème séance de thérapie, les scores attribués par les clients dans notre étude à l'item 8 du TACIQ « *Mon thérapeute m'a laissé choisir ce dont je voulais parler* » se sont avérés significativement corrélés positivement avec le score global du WAI complété par ces clients à ce temps de mesure. Ce résultat semble différer de façon significative du résultat rapporté dans l'étude de Duff et Bedi (2010), qui ont obtenu une corrélation presque nulle entre cet item du TACIQ et le score

global du WAI complétés par les clients participant à leur étude. Il est à noter que les clients participant à l'étude de Duff et Bedi (2010) ont complété les questionnaires, une seule fois, après avoir eu en moyenne 21 rencontres avec leurs thérapeutes. Il n'est pas mentionné dans leur article si ce moment correspondait à la fin du traitement reçu par ces clients ou non.

Les résultats obtenus pour les deux temps de mesure ultérieurs dans notre étude, c'est-à-dire entre la 7ème et la 15ème rencontre, quant à la corrélation entre l'item 8 du TACIQ et le score global du WAI, se rapprochent davantage des résultats rapportés par Duff et Bedi (2010) et ne semblent pas différer significativement des leurs. Nos résultats au deuxième temps de mesure, c'est à dire autour de la 7ème rencontre, pointent vers une corrélation négative entre la fréquence à laquelle les clients ont senti que leurs thérapeutes leur ont laissé choisir ce dont ils voulaient parler et leur perception quant à la force de l'alliance thérapeutique à ce stade de leurs démarches. Et pour le troisième temps de mesure, le coefficient de corrélation obtenu dans notre étude ($r = -0.218$) semble également pointer vers un lien négatif entre ces deux mesures, sans toutefois être statistiquement significatif.

Ces résultats suggèrent qu'au début de leurs démarches les clients participant à notre étude semblent apprécier le sentiment d'être libres dans le choix de ce qu'ils veulent raconter à leurs thérapeutes, qui semble s'associer à une perception d'une alliance forte chez ceux-ci. Toutefois, cette corrélation tendrait à s'inverser dans les séances

ultérieures, notamment au milieu de leurs démarches thérapeutiques, dans le sens que plus ces clients rapportent à ces moments ultérieurs de leurs démarches que leurs thérapeutes les ont laissés choisir ce dont ils voulaient parler, moins ils cotent la force de l'alliance thérapeutique. Ainsi, dans le même sens de ce qui a été rapporté dans l'étude longitudinale de Tracy et Dundon (1988), nos résultats semblent souligner des changements, au cours du traitement, dans les attentes des clients à l'égard de leurs thérapeutes. Les derniers auteurs expliquent que les attentes des clients au cours d'un processus psychothérapeutique peuvent évoluer en passant de la recherche du soutien et d'approbation au début du traitement, à la recherche de conseils, et puis la recherche d'un modèle d'identification, par le biais de la personne du thérapeute, jusqu'à la recherche de l'autonomie et d'une relation coopérative vers la fin du processus. Dans le même sens que nos observations, ces auteurs soulignent que le plus grand changement dans les attentes des clients participant à leur étude s'observe entre le début et le milieu des suivis thérapeutiques qui ont duré en moyenne 13 séances (entre 1 et 34). Ainsi, nous serions portés à penser que dans les premières rencontres, les clients participant à notre étude cherchaient à se sentir soutenus et approuvés par leurs thérapeutes dans ce qu'ils dévoilaient d'eux-mêmes. Toutefois, ayant passé les premières séances à raconter leurs problèmes et à parler d'eux-mêmes, leurs attentes peuvent par la suite évoluer en se montrant davantage à la recherche d'entendre les avis et les compréhensions de leurs thérapeutes et de ressentir une

certaine directionnalité de la part de ces derniers. Cette hypothèse va dans le même sens de ce qui a été rapporté par la majorité des clients participant à l'étude de Bachelor (2005) ayant souligné qu'une bonne alliance thérapeutique nécessite un thérapeute compétent, actif, ou directif, ou à tout le moins qui semble se souvenir des objectifs thérapeutiques et qui les ramène en séance.

Par ailleurs, pour le premier temps de mesure également, le résultat obtenu dans notre étude par rapport à la corrélation entre l'item 15 du TACIQ « *Le thérapeute a validé l'expérience de son client (par exemple, il a dit que la réaction de son client était compréhensible et raisonnable et que c'était ok de se sentir ainsi)* » et le score global du WAI complétés par les clients à ce temps de mesure diffère de façon significative du résultat obtenu par Duff et Bedi (2010). Contrairement aux résultats obtenus par ces derniers, nous avons eu une corrélation négative, bien que non significative, entre ces deux mesures. Ce lien négatif entre ces deux mesures semble s'inverser pour les deux temps de mesures subséquents allant ainsi dans le même sens que les résultats obtenus par Duff et Bedi (2010). En comparant les coefficients de corrélation entre l'item 15 du TACIQ et le score global du WAI, nos résultats pour le deuxième et le troisième temps de mesure ne diffèrent pas significativement du résultat rapporté dans l'étude de Duff et Bedi (2010).

L'item 15 du TACIQ est composé de deux parties, la première met l'accent sur le sentiment du client que son thérapeute a validé son expérience, et la deuxième

représente des exemples concrets de ce qui peut être dit par le thérapeute dans le but de valider l'expérience du client, en disant par exemple que la réaction du dernier est compréhensible et raisonnable et que c'est ok de se sentir ainsi. Nos résultats semblent suggérer que l'impression des clients d'entendre fréquemment ce genre de phrases au début de leurs démarches thérapeutiques est associé à une impression d'une alliance thérapeutique faible. Il est possible de penser que ce genre d'affirmations de la part du thérapeute représenterait au début du suivi une faille dans la résonance empathique avec l'expérience subjective du client. Celui-ci peut ne pas se sentir correct au début de son suivi par rapport à sa réaction émotionnelle qui lui semble plutôt incompréhensible, irraisonnable, inacceptable et source probable de détresse. À ce stade précoce de leurs démarches certains clients pourraient avoir plutôt besoin d'entendre de leurs thérapeutes des réactions qui résonneraient davantage avec leur détresse et avec leur sentiment d'être anormaux. Le thérapeute devrait donc refléter l'aspect égodystone à ces clients avant de chercher à les rassurer. Les interventions dans l'optique de normaliser les réactions émotionnelles de ces clients pourraient ainsi être perçues par ces derniers comme étant invalidantes ; notamment au début de leurs démarches.

Nous examinons cette dernière observation en lien avec le modèle établi par Skovholt et Ronnestad (1992) sur le développement du style professionnel du psychothérapeute. Ces derniers expliquent qu'un thérapeute en phase transitionnelle

de formation professionnelle, entreprenant son premier stage professionnel dans le cadre d'un programme d'études supérieures en psychologie par exemple, serait habité sur le plan affectif par l'enthousiasme et l'insécurité. Ces auteurs évoquent la confusion que peut éprouver l'étudiant à ce stade de sa formation, étant pris entre le rôle de l'ami sympathique qui veut aider, et le rôle professionnel du thérapeute, essentiellement peu clair pour l'étudiant à ce stade-là. Il se peut ainsi que les interventions avec des visées normalisantes proférées par les stagiaires participant à notre étude relèvent du rôle de l'ami sympathique qui veut aider plutôt que du rôle du thérapeute professionnel. Skovholt et Ronnestad (1992) soulignent par ailleurs que le style professionnel de l'étudiant à ce stade-là est marqué par un engagement important, accompagné souvent d'un surinvestissement dans le processus thérapeutique et par un certain positivisme en termes de l'amélioration attendue de l'état psychologique de ses premiers clients. Cet engagement et ce désir du thérapeute débutant de voir une amélioration nette dans l'état de ses premiers clients pourraient apporter un certain éclairage aux résultats obtenus dans notre étude. Nous pouvons penser qu'alors que les thérapeutes, stagiaires, à ce stade précoce de leur vie professionnelle, sont préoccupés par l'amélioration de l'état de leurs clients par le biais de la normalisation de leurs réactions souffrantes, ces derniers ont plutôt besoin au début de leurs suivis d'être entendus dans leur détresse et dans leur sentiment d'anormalité. Nos résultats pour les deux temps de mesure ultérieurs, ainsi que les

résultats de Duff et Bedi (2010) suggèrent qu'à mesure d'avancer en thérapie, le lien négatif entre ces deux mesures tendrait à s'inverser, dans le sens que plus les clients ressentent que leurs thérapeutes valident leurs expériences, en leur reflétant que leurs réactions sont compréhensibles et raisonnables et que c'est ok de se sentir ainsi, plus ils perçoivent l'alliance thérapeutique comme étant forte à ces moments plus avancés de leurs démarches. Il se peut qu'une alliance déjà établie soit perçue comme un levier permettant aux clients à un stade plus avancé de leur démarche de recevoir et d'interpréter autrement ce genre de commentaires de la part de leurs thérapeutes et de se sentir par conséquent confirmés plutôt qu'invalidés. Autrement dit, lorsqu'un client se sent, à travers la relation thérapeutique, écouté et entendu par son thérapeute, il arriverait à mieux recevoir et à mieux intégrer les interventions à visée normalisante, et à remettre en question sa conception initiale vis-à-vis ses réactions à prime abord incompréhensibles.

Pour le deuxième temps de mesure, c'est à dire entre la 7ème et la 10ème rencontre, nos résultats quant à la corrélation entre l'item 1 du TACIQ « *Le thérapeute a établi un contact visuel avec son client* » et le score global du WAI, complétés par les clients, semblent différer significativement des résultats rapportés par Duff et Bedi (2010). Nos résultats pointent vers une corrélation négative, bien que non significative, entre la perception des clients quant à la fréquence du contact visuel établi par leurs thérapeutes avec eux et leur perception de la force de l'alliance

thérapeutique à ces moments de leurs démarches, alors que les résultats des derniers chercheurs pointent vers un lien positif entre ces deux mesures. Il se peut qu'à ce stade de leurs démarches, entre la 7ème et la 10ème rencontre, les clients perçoivent le contact visuel fréquent avec leur thérapeute comme étant intrusif, ou source de malaise. Ce résultat peut être interprété à la lumière de ce qui a été postulé par Tracy et Dundon (1988) par rapport à l'évolution des attentes des clients au cours d'un processus psychothérapeutique en passant de la recherche du soutien et d'approbation au début du traitement, à la recherche de conseils dans une étape plus avancée. Nous pouvons penser que durant les premières séances les clients participant à notre étude parlent d'eux mêmes et racontent leurs difficultés à leurs thérapeutes avec l'attente d'être bien accueillis, bien entendus et assez soutenus par ces derniers. Toutefois, rendus à la moitié de leurs démarches, les besoins des clients pourraient se situer ailleurs. Il est possible qu'à ce stade plus avancé de leurs démarches ces clients aient besoin d'un thérapeute plus actif qui leur transmet sa compréhension, leur donne des conseils, ou propose des pistes de solutions pour leurs problèmes. Il se peut ainsi qu'à ce stade de leur démarche, le regard constant du thérapeute soit perçu comme source de malaise et de frustration par ces clients. Comment comprendre alors que ce lien négatif semble s'inverser au 3ème temps de mesure dans notre étude allant dans le sens des résultats de Duff et Bedi (2010)? Nous pouvons penser que dans un stade plus avancé, les clients auraient établi une bonne alliance thérapeutique et une

certaine confiance dans le style de leur thérapeute leur permettant d'interpréter positivement le contact visuel établi avec ce dernier, ayant intégré par exemple que c'est par le biais de ce lien bienveillant d'acceptation inconditionnelle et du soutien qu'ils seraient en mesure de se connecter avec leurs forces et de trouver des réponses à leurs questionnements et un apaisement de leur souffrance. Il reste tout de même difficile de comprendre cliniquement ce revirement entre le 2ème et le 3ème temps de mesure. Nous ne pouvons donc pas exclure la possibilité que la différence observée entre nos résultats et ceux de Duff et Bedi (2010) quant à la corrélation entre ces deux mesures soit un cas de faux positif statistique dû au peu de données disponibles dans notre étude.

Pour le troisième temps de mesure, c'est à dire vers la fin des suivis qui ont duré entre 8 et 15 rencontres (en moyenne 12.18 rencontres), nos résultats ne diffèrent pas significativement des résultats obtenus par Duff et Bedi (2010). Il serait possible de penser qu'à ce temps de mesure, nous nous approchons davantage des conditions de recrutement dans l'étude de Duff et Bedi (2010) en termes de nombre de séances thérapeutiques écoulées depuis les débuts des démarches thérapeutiques, ce qui pourrait rendre compte de l'absence de différences significatives entre nos résultats et les leurs pour ce temps de mesure.

Du côté des thérapeutes, stagiaires, participant à notre étude, la perception de ceux-ci quant à la force de l'alliance thérapeutique semble être positivement corrélée avec

leur perception vis-à-vis la fréquence des questions qu'ils ont posées à leurs clients pendant la démarche. Plus précisément, la perception des thérapeutes, stagiaires, quant à la fréquence des questions qu'ils ont posées à leurs clients pendant la démarche semble être en corrélation avec leur impression en moyenne quant à l'accord avec leurs clients sur les tâches à effectuer et les objectifs à réaliser en thérapie. Il ne semble pas étonnant que plus les thérapeutes posent des questions directes à leurs clients plus ils tendent vers la perception d'un certain accord avec ces derniers; notamment si leurs questions portent sur ce que pensent les clients par rapport aux objectifs de leurs démarches et aux moyens de les réaliser. Cette observation doit tout de même être prise avec réserve à la lumière des résultats obtenus en analysant le lien entre les scores initiaux de sept clients pour cet item du TACIQ « *Mon thérapeute m'a posé des questions* » et les changements de leurs scores pour l'item 7 « *Je sens que quelque chose ne tourne pas rond dans ma tête* » et l'item 9 de la MI « *Je me sens seul* » entre le début et la fin de leurs démarches. Ces résultats pointent vers des liens négatifs entre la perception initiale de ces clients quant à la fréquence des questions posées par leurs thérapeutes et leur perception d'une amélioration dans leur état mental et dans la fréquence de se sentir seuls entre le début et la fin de leurs démarches. En fait, plus fréquemment ces clients rapportent que leurs thérapeutes leur ont posé des questions au premier temps de mesure, moins ils semblent témoigner d'une amélioration dans la fréquence de se sentir seuls et de

sentir que quelque chose ne tourne pas rond dans leurs têtes. Ainsi, le fait de poser fréquemment des questions aux clients peut aider les thérapeutes à percevoir une alliance thérapeutique forte basée sur de bons accords sur les objectifs à atteindre et les tâches à réaliser en thérapie, mais peut laisser les clients avec un sentiment de quelque chose qui ne tourne pas rond dans leurs têtes et un sentiment d'être seuls. Il est possible de penser que du côté des clients, afin de se sentir plus normaux et moins seuls, ceux-ci aient besoin de ressentir la présence de leur thérapeute autrement que par le biais des questions fréquemment posées par ce dernier, mais plutôt par le biais des interventions affirmatives qui traduiraient une compréhension du fonctionnement psychologique des clients et qui résonneraient davantage avec les expériences émotionnelles de ces derniers.

Dans le même sens de ce qui a été postulé par Tryon et ses collaborateurs (2007) qui ont conclu à une divergence importante de perspectives entre les clients et les thérapeutes par rapport au processus thérapeutique, nos observations semblent pointer vers une divergence de perspectives entre les clients et les thérapeutes participant à notre étude vis-à-vis la fréquence de qui se passe en thérapie, particulièrement la fréquence de survenue des 15 comportements identifiés dans le TACIQ. Nous avons observé par exemple qu'en moyenne les clients perçoivent de façon plus élevée que leurs thérapeutes la fréquence du contact visuel établi par ces derniers avec eux, et la

fréquence des commentaires positifs proférés à leur égard par leurs thérapeutes. Cet écart dans la perspective peut s'expliquer à la lumière de la tendance soulignée par Kohut (1984) de certains patients à idéaliser leur thérapeute. Se trouvant aux prises avec une importante vulnérabilité narcissique et une faible tolérance à la frustration et aux tensions, certains patients ont tendance à idéaliser le thérapeute et le lien avec lui. Ils seraient ainsi systématiquement amenés à sélectionner les éléments renforçant l'image positive et quasi parfaite qu'ils ont besoin de se faire de leur thérapeute et à rejeter tout ce qui contredirait cette image, histoire de se renforcer narcissiquement en étant en lien avec un autre idéalisé (Kohut, 1974).

Nos observations suggèrent également que l'état psychologique initial de certains clients participant à notre projet, notamment sur le plan relationnel, peut avoir influencé leurs impressions quant à la fréquence de notation de certains comportements de la part de leurs thérapeutes. Le fait de se sentir seuls au début de la démarche, par exemple, aurait influencé la perception des sept clients quant à la fréquence des questions posées par leurs thérapeutes aux premières rencontres, dans le sens que plus fréquemment ces clients se sentaient seuls à la première fois qu'ils ont complété les questionnaires, moins ils ont coté la fréquence des questions posées par leurs thérapeutes à ce moment de la thérapie. Le fait de se sentir aimés et appréciés au début de la démarche peut également avoir influencé la perception de

ces clients quant à l'honnêteté de leurs thérapeutes à leur égard, dans le sens que plus ces clients se sentaient aimés et appréciés à la première fois qu'ils ont complété les questionnaires, plus fréquemment ils ont coté que leurs thérapeutes étaient honnêtes avec eux à ce moment de la démarche. Ces observations vont dans le sens de ce qui a été démontré par plusieurs équipes de recherche ayant analysé empiriquement la relation entre les caractéristiques initiales des clients avant d'entamer une démarche en psychothérapie et la force de l'alliance thérapeutique (Kokotovic et Tracey, 1990; Mallinckrodt, 1991; Moras et Strupp, 1982). Ces études semblent démontrer que les caractéristiques relationnelles des clients et particulièrement leur capacité à établir des relations intimes semblent prédire la force de l'alliance (Al-Darmaki et Kivlighan, 1993). Cette influence de l'état psychologique initial des clients sur leur perception du processus thérapeutique pourrait par ailleurs, comme ce qui a été postulé par Tyron et ses collaborateurs (2007), faire partie des facteurs modérateurs qui rendraient compte de la divergence de perspectives entre les clients et les thérapeutes par rapport au processus thérapeutique.

En dépit de la convergence de formation entre les deux juges, étant tous les deux doctorants en psychologie dans la section humaniste, et des discussions entre ces deux dans le but de définir précisément les items du TACIQ et de clarifier l'échelle de leur cotation, ceux-ci n'ont pas réussi à obtenir d'accords significatifs pour la majorité

des items du questionnaire. Il était possible d'obtenir des accords inter-juges pour les items qui illustrent des comportements concrets de la part des thérapeutes, comme par exemple l'item 1 « *Le thérapeute a établi un contact visuel avec le client* », l'item 5 « *Le thérapeute a souri à son client* », l'item 7 « *Le thérapeute a fait référence à des détails abordés avec son client dans des séances précédentes* ». Toutefois, pour la majorité des items du questionnaire, les deux juges n'ont pas réussi à obtenir un accord significatif. Nous sommes par conséquent tentés de conclure que le TACIQ ne peut pas être utilisé de façon «objective» par un observateur externe, en regardant les enregistrements des séances de psychothérapie. Il peut y avoir des moyens d'y arriver mais nous devrions étudier plus à fond les raisons des désaccords observés.

Pour certains items comme l'item 2 « *Le thérapeute a parlé à son client d'expériences similaires qu'il a eues* » et l'item 14 « *Le thérapeute a gardé les aspects administratifs en dehors des sessions* », il n'était pas possible de calculer le coefficient de corrélation, car ces items n'ont généré pas assez de variation lorsqu'ils ont été cotés par les deux juges. Pour l'item 2 par exemple les deux juges ont coté la fréquence de survenue de ce comportement à « *Jamais* » pour toutes les séances visionnées. Ainsi, l'absence de corrélation statistique dans la cotation de ces deux items par les deux juges ne semble pas nécessairement signifier un désaccord entre ces deux. La cotation de l'item 2 par les deux juges semble par ailleurs converger avec sa cotation par les clients et par les thérapeutes participant à cette étude, ayant

également attribué la cote « *Jamais* » de façon majoritaire à cet item. Nous pourrions ainsi penser que les thérapeutes, stagiaires participant à notre étude étant à leur premier stage professionnel dans le cadre de leur programme universitaire de doctorat en psychologie ne semblent pas se permettre de parler de leurs expériences personnelles à leurs clients. Il est possible de penser que l'évitement de ce genre de comportement refléterait leur façon de résoudre la confusion dont parlent Skovholt et Ronnestad (1992), une confusion qui serait éprouvée par les étudiants à ce stade de leur formation, entre le rôle de l'ami sympathique qui veut aider, et le rôle professionnel du thérapeute. Nous pouvons penser qu'afin de faire valoir le deuxième rôle qui leur serait peu clair à ce stade de leur évolution professionnelle, les stagiaires participant à notre étude tendent à éviter de parler de leurs expériences en thérapie, même lorsqu'elles seraient similaires à celles éprouvées par leurs clients. Il est à noter que le dévoilement de soi par un thérapeute en thérapie, c'est-à-dire la révélation des informations personnelles sur lui, est une intervention controversée qui relève d'une habileté avancée et difficile à maîtriser, nécessitant une réflexion consciencieuse sur divers aspects éthiques et cliniques (Carle, Bournival, et Drouin, 2007). Par conséquent, ce comportement est possiblement découragé par les superviseurs des stagiaires participant à notre étude à ce stade précoce de leur apprentissage de la psychothérapie.

L'item 3 du TACIQ « *Le thérapeute a posé des questions à son client* » pour lequel également les deux juges n'ont pas réussi à obtenir un accord significatif, ne semble pas non plus avoir généré assez de variations lorsque il a été coté par ceux-ci. Dans une tentative de comprendre la divergence entre ces deux dans leur cotation de cet item, il a été constaté qu'un des deux juges concevait la fréquence de survenue de ce comportement comme un ratio entre le nombre des fois où le thérapeute intervient en général pour faire des commentaires en thérapie et le nombre des fois où il pose des questions à son client. Ainsi par exemple, lorsqu'un thérapeute fait 5 ou 6 commentaires dans la séance et pose 4 questions à son client, ce juge attribuerait la cote 4 «*Très souvent*». Alors que l'autre juge, prenait en considération la fréquence des questions posées par le thérapeute en général, indépendamment de sa tendance à faire des commentaires en séance. Donc, ce dernier attribuerait la cote 3 «*assez souvent*» pour cet item dans l'exemple précédent.

L'item 4 « *Le thérapeute a fait des commentaires encourageants à son client* » semble également générer très peu de variation lorsqu'il est coté par les deux juges. Une discussion a eu lieu entre les deux juges pour préciser la compréhension de cet item ; notamment sur ce qui serait considéré comme commentaire encourageant en thérapie et ce qui ne le serait pas. Cette discussion a abouti à plus de nuances dans leurs cotations de cet item pour les vidéos qu'ils ont observés par la suite dans leur deuxième tentative d'obtention d'accord inter-juges. Cette procédure semble avoir

aidé à améliorer le coefficient de corrélation de Pearson pour la cotation de cet item, sans toutefois aboutir à une corrélation statistiquement significative entre les deux juges.

Pour l'item 8 « *Le thérapeute a laissé son client choisir ce dont il voulait parler* », il se peut que l'absence d'accord dans la cotation de cet item par les deux juges soit due à un malentendu entre ceux-ci sur la façon de conceptualiser la survenue de ce comportement en séance. S'agit-il uniquement de laisser le client choisir de quoi il veut parler au début de chaque séance, ou bien, s'agirait-il plutôt d'une attitude générale du thérapeute laissant la place au client pour mener la conversation durant la séance ?

L'item 10 « *Le thérapeute a fait des commentaires positifs à propos de son client* » semble renvoyer à une dimension subjective assez importante. Les deux juges ne semblent pas s'entendre sur ce qui serait considéré comme commentaire positif en thérapie et ce qui ne le serait pas.

Pour l'item 11, « *Le thérapeute est resté assis immobile (c'est à dire, sans agitation)* », en dépit de l'effort déployé par les deux juges pour préciser le sens de cet item et la façon de le coter en regardant ensemble préalablement les enregistrements de quelques séances et en discutant de ce qui serait considéré de l'agitation et de l'immobilité du thérapeute, les résultats des analyses des coefficients de corrélation ne

démontrent pas d'accord inter-juges significatif. Ces résultats peuvent s'expliquer par le petit nombre des séances visionnées par les juges. Il se peut également que les deux juges n'aient pas réussi à trouver une entente relativement objective sur ce qui serait considéré comme de l'agitation et de l'immobilité de la part du thérapeute. Nous citons à titre d'exemple un thérapeute qui s'assoit en croisant les jambes et en agitant souvent un de ses pieds tout en restant immobile dans les autres parties de son corps. Celui-ci a été considéré par un juge comme étant resté «*très souvent*» assis immobile durant une séance, alors qu'il a été considéré par l'autre juge comme étant resté «*des fois*» assis immobile durant la même séance.

Le désaccord entre les deux juges dans la cotation de l'item 15 du TACIQ « *Le thérapeute a validé l'expérience de son client (par exemple, il a dit que la réaction du client était compréhensible et raisonnable et que c'était ok de se sentir ainsi)* » pourrait s'expliquer par la divergence dans leur conceptualisation de cet incident. En discutant de la divergence de leurs perspectives, nous avons réalisé qu'un des deux juges avait tendance à prendre en considération l'attitude généralement normalisante du thérapeute, comme par exemple lorsque celui-ci utilise des illustrations théoriques dans le but d'expliquer et de normaliser les réactions de son client, alors que l'autre se limitait aux moments où le thérapeute disait clairement au client que sa réaction était compréhensible et raisonnable et que c'était normal de se sentir ainsi.

Lorsque les items du TACIQ ont été cotés à nouveau, 4 mois plus tard, par un des deux juges, celui-ci semblait fidèle à lui-même uniquement dans la cotation de 7 items, dont quatre étaient les mêmes items pour lesquels les deux juges ont réussi à obtenir un accord significatif (les items 1, 5, 7 et 12). Il est par conséquent possible de postuler que ces quatre items soient ceux dont la conceptualisation porte le moins à des divergences subjectives entre différentes personnes et à des fluctuations personnelles avec le temps. Ce sont en fait les items qui pointent vers des comportements factuels, objectivement observables, comme par exemple l'établissement par le thérapeute d'un contact visuel avec son client, le fait de sourire à ce dernier, ou de lui donner des incitations verbales de style «uhhuh» ou «hmm-mmm».

4.2 Discussion des résultats des analyses détaillées des scores de deux clients et de leur thérapeute

Une cliente des sept qui ont complété la MI plus qu'une seule fois, a rapporté à la première fois qu'elle a complété le questionnaire (après sa 3ème rencontre) qu'elle se sentait *fréquemment* aimée et appréciée par les autres et a fini à l'avant dernière rencontre de sa démarche en rapportant qu'elle se sentait *parfois* aimée et appréciée. Nous avons ainsi décidé d'analyser les réponses données par cette cliente, que nous avons appelé Sara, ainsi que celles données par sa thérapeute aux instruments de

mesure utilisés dans ce projet afin d'explorer ce qui expliquerait une telle détérioration dans la fréquence de se sentir aimée et appréciée entre le début et la fin de sa démarche thérapeutique. Nous avons également décidé de comparer les réponses de Sara à celle d'un autre client, Mike, qui a été suivi par la même thérapeute et qui avait aussi accepté de participer à notre étude.

Mike a rapporté pour tous les temps de mesure que la thérapeute lui avait *très souvent* fait des commentaires encourageants, alors que Sara a rapporté après sa 3ème séance que la thérapeute ne lui avait *jamais* fait de commentaires encourageants dans les 3 premières rencontres, et a souligné que cette dernière lui avait *des fois* fait des commentaires encourageants dans les trois avant-dernières rencontres. Mike a rapporté également une fréquence plus élevée que celle rapportée par Sara quant aux commentaires positifs faits à son égard par leur thérapeute au début et à la fin de leurs démarches. Par ailleurs, après leurs 3èmes rencontres, Mike a rapporté que la thérapeute avait *très souvent* validé son expérience dans les trois premières séances, en lui reflétant que ses réactions étaient compréhensibles et raisonnables, alors que Sara a rapporté que la thérapeute n'avait *jamais* validé ses expériences dans les trois premières rencontres. Il est possible de penser ici à un lien entre la perception de Sara quant à l'absence de commentaires encourageants et de validation de la part de sa thérapeute au début de sa démarche et sa perception de se sentir moins fréquemment aimée et appréciée vers la fin de sa thérapie qu'au début. Il importe ici de souligner

que c'est la perception subjective de la cliente qui prime sur la perception de la thérapeute qui de son côté a coté rétrospectivement les fréquences de survenue de ces deux comportements (faire des commentaires encourageants et valider les expériences du client) de façon identique pour les deux clients, ayant indiqué avoir *des fois* fait des commentaires encourageants pour les deux clients, et avoir *assez souvent* validé leurs expériences.

Les réponses de Mike, Sara, et de leur thérapeute au WAI semblent pointer vers une divergence dans les perspectives subjectives entre la thérapeute et ces deux clients. Sara a coté la majorité des items du WAI de façon plus élevée que sa thérapeute aux deux temps de mesure, c'est-à-dire après sa troisième rencontre et vers la fin de son suivi. Sara démontre, en fait, par ses réponses une alliance thérapeutique plus forte que celle rapportée par Mike, et ce dès le début de leurs démarches, mettant l'accent sur un meilleur accord avec la thérapeute sur les tâches et les objectifs à réaliser en thérapie. Les réponses de leur thérapeute semblent par contre exprimer une impression d'une alliance plus forte avec Mike que celle établie avec Sara, incluant une meilleure entente sur les tâches et les objectifs thérapeutiques et un meilleur lien affectif avec ce premier. En termes d'amélioration de leur état psychologique entre le début et la fin de leurs démarches, Sara semble manifester par ses scores à la MI-10 une plus grande amélioration que Mike. Ces observations semblent ainsi confirmer le postulat affirmé dans plusieurs études (Fitzpatrick, Iwakabe, et Stalikas, 2005;

Horvath et Bedi, 2002; Horvath et Symonds, 1991) par rapport à la primauté de la perspective des clients sur celle de leurs thérapeutes lorsqu'il s'agit de l'évaluation de l'alliance thérapeutique comme facteur prédictif des résultats du processus thérapeutique. Les scores attribués au WAI par Sara semblent mieux prédire l'amélioration dans son état psychologique que ceux donnés par sa thérapeute.

Malgré une perception plus faible chez Sara que chez Mike quant à la force du lien affectif avec la thérapeute, à la fréquence de se sentir appréciée par celle-ci, à la fréquence des commentaires encourageants ou positifs faits par la thérapeute à son endroit, et la fréquence de se sentir validée dans ses expériences par cette dernière, les scores des deux clients à la MI pointent vers une plus grande amélioration dans l'état psychologique global de Sara que celui de Mike. Nous pouvons argumenter ici que le niveau du fonctionnement psychologique initial (tel que rapporté par le score global initial de la MI) chez Sara était plus faible que chez Mike, laissant ainsi plus de place à l'amélioration durant le processus thérapeutique. Notre attention se trouve toutefois orientée vers un item en particulier de la MI (l'item 7 : « *Je sens que quelque chose ne tourne pas rond dans ma tête* ») pour lequel les deux clients ont attribué le même score au début de leurs démarches. Sara a exprimé une amélioration considérable pour cet item, ayant rapporté qu'elle sentait *fréquemment*, au début de son suivi, que quelque chose ne tournait pas rond dans sa tête, et qu'elle se sentait *rarement* de la sorte vers la fin de son suivi. La perception de Mike sur ce point ne semble pas avoir

changé, ayant rapporté au début, au milieu et vers la fin de son suivi qu'il sentait *fréquemment* que quelque chose ne tournait pas rond dans sa tête. Sara semble également exprimer une amélioration quant à la fréquence de se sentir seule, ayant rapporté qu'elle se sentait *presque toujours* seule au début de son suivi et qu'elle se sentait *parfois* seule vers la fin de son suivi. Nous avons observé parallèlement, qu'après la troisième séance de thérapie, Sara a rapporté que sa thérapeute était *toujours* honnête avec elle dans le sens qu'elle sentait que sa thérapeute partageait *toujours* franchement des informations négatives avec elle. Alors que Mike a coté «*jamais*», au début de son suivi, à la question portant sur le fait que la thérapeute ait été honnête avec lui, c'est-à-dire qu'elle a partagé des informations négatives avec lui. Étant conscients de l'impossibilité de tirer des conclusions de ces observations, nous nous posons tout de même la question sur la présence possible des liens pour ces deux clients en particulier entre leur perception initiale, au début de leurs thérapies, par rapport à l'honnêteté de leur thérapeute, dans le sens de sentir que la thérapeute est en mesure de partager des informations négatives franchement avec eux, et le changement dans leur perception par rapport à leur état mental; notamment par rapport à leur sentiment que quelque chose ne tourne pas rond dans leurs têtes. Nous pourrions penser que pour Sara par exemple l'honnêteté de la thérapeute était un élément apprécié depuis le début de la démarche, et étant convaincue que sa thérapeute ne lui cacherait pas d'informations même lorsqu'elles sont négatives elle

aurait intégré une perception plus positive de son fonctionnement mental et une impression d'être moins fréquemment seule au fur et à mesure de sa démarche. De son côté Mike, en dépit de son sentiment d'être *toujours* apprécié par sa thérapeute et d'avoir *très souvent* des commentaires encourageants et quasiment *toujours* des commentaires positifs de la part de celle-ci, ne semble pas manifester une amélioration quant à son sentiment que quelque chose ne tourne pas rond dans sa tête. Ceci semble coïncider avec l'impression rapportée par Mike au début de la démarche que sa thérapeute n'a *jamais* été honnête avec lui dans le sens qu'elle n'a jamais partagé d'informations négatives avec lui. Nous pouvons penser qu'un aspect important du rôle thérapeutique n'ait pas été perçu par ce client. Kohut (1971) par exemple explique que le thérapeute devrait incarner par sa présence l'*objet-soi miroir* ayant fait défaut dans le développement précoce du patient. Cet objet miroir devrait selon Kohut faire preuve de justesse, dans le sens d'être en mesure de refléter au patient ses points forts et positifs, et aussi ses points moins forts, ses faiblesses et des aspects plus négatifs de sa personnalité, et ceci tout en préservant la dignité de ce dernier. C'est selon Kohut le propre d'un miroir pleinement empathique. Luborsky (1996) de son côté parle de l'importance de réaliser un équilibre entre le volet du soutien et d'expression dans le travail thérapeutique. Cet auteur souligne l'importance d'intervenir en mettant l'accent sur le thème relationnel conflictuel et central du client, source éventuelle de sa détresse psychologique, et d'aider ce dernier à se comprendre

en le confrontant par rapport à sa responsabilité dans les difficultés qu'il éprouve. Il se peut ainsi que le client Mike, dans notre étude, ait eu l'impression d'être validé, soutenu et encouragé par la thérapeute par rapport à l'image positive qu'il projetait de lui-même, autrement dit, qu'il se soit senti validé dans le *faux self* qu'il incarnerait dans ses interactions sociales. Toutefois, Mike serait confronté à d'autres aspects de lui-même, qu'il considérerait comme étant plus négatifs, des aspects faisant partie de son *vrai self* qu'il penserait qu'il devrait cacher. Mike avait peut-être besoin de se sentir vu et entendu dans sa totalité de façon plus juste par sa thérapeute, dans ses forces et ses faiblesses et de ressentir une ouverture authentique lui permettant de s'ouvrir davantage et d'élaborer sur ses faiblesses et sur ce qu'il percevrait comme étant négatif en lui. Cette observation concorde avec les témoignages de certains clients participant à l'étude de Lamontagne (2016), ayant évoqué l'importance de se sentir vus correctement, avec justesse, c'est-à-dire dans leurs forces et leurs faiblesses, par leur thérapeute. Il est ainsi possible de penser que l'habileté de la thérapeute à se montrer davantage authentique avec Mike dès le début de la démarche en ayant ouvert un espace d'élaboration sur des aspects négatifs dans le fonctionnement psychologique de ce dernier, ait pu être perçue par ce client comme un vecteur l'aidant à se sentir plus validé et plus normalisé dans son *vrai self* et à sentir moins fréquemment que quelque chose ne tourne pas rond dans sa tête.

CHAPITRE V

CONCLUSION

Dans le cadre du courant de recherche qui s'intéresse, depuis plusieurs années, à la compréhension de l'établissement et du maintien d'une bonne alliance thérapeutique selon les points de vue des clients, notre étude visait à explorer sur le plan quantitatif les liens entre la force de l'alliance thérapeutique telle qu'évaluée par le WAI, et 15 comportements identifiés par les clients et regroupés par Duff et Bedi (2010) dans le TACIQ, qui est un questionnaire de type Likert comportant 15 énoncés avec une échelle de réponse à 5 points. Nous souhaitons explorer les liens potentiels entre les comportements identifiés dans le TACIQ et la force de l'alliance, de façon longitudinale, en demandant aux clients de compléter les questionnaires à différents moments clés durant leurs démarches thérapeutiques. Nous voulions également évaluer à quel point les perspectives des clients convergeraient avec celles de leurs thérapeutes quant à la fréquence de survenue en thérapie des comportements identifiés dans le TACIQ. Nous nous sommes parallèlement attardés sur l'exploration des liens possibles entre les perceptions initiales des clients quant à la fréquence de survenue de chacun de ces 15 comportements et les changements au niveau de leur fonctionnement psychologique entre le début et la fin de leurs suivis thérapeutiques.

Un des objectifs principaux de cette étude était également de vérifier la possibilité d'utiliser le questionnaire TACIQ par un observateur externe qui procurerait une perception extérieure, se voulant plus «objective» par rapport aux perceptions subjectives des deux protagonistes participant à la démarche thérapeutique. Pour réaliser ces objectifs, nous avons recruté 8 thérapeutes, stagiaires, doctorants en psychologie à l'Université du Québec à Montréal (UQAM), effectuant leur premier stage clinique au Centre des Services Psychologiques (CSP) durant les années scolaires 2013-2014 et 2014-2015, et 11 de leurs clients. Ces derniers ont complété, à différents moments durant leurs suivis, la MI-10, qui est un questionnaire auto-administré qui sert à évaluer le niveau du fonctionnement psychologique, le WAI, qui est un questionnaire auto-administré, permettant d'évaluer la force de l'alliance thérapeutique et ses trois dimensions telles que définies par Bordin (1979), et le TACIQ, qui a été conçu spécifiquement pour l'utilisation dans l'étude de Duff et Bedi (2010). Les thérapeutes, stagiaires ont, de leur côté, complété le WAI à différents moments durant leurs suivis avec les clients participant à l'étude, et ont complété une version adaptée pour eux du TACIQ, une seule fois à la fin du suivi avec chacun des 11 clients. Nous avons calculé des coefficients de corrélations, Pearson entre ces trois mesures. Nous avons également procédé par le processus standard de comparaison de coefficients de corrélation dans le but de comparer les résultats obtenus dans notre étude avec ceux obtenus dans l'étude de Duff et Bedi (2010). Nous avons par ailleurs

procédé par des analyses détaillées des réponses données aux instruments de mesure par deux clients en particulier, ainsi que par leur thérapeute.

Nos observations semblent mettre l'accent sur une divergence de perspectives entre les clients et leurs thérapeutes dans la cotation de la fréquence de survenue en thérapie des comportements identifiés dans le TACIQ. L'écart que nous avons imposé dans la cotation du questionnaire entre les thérapeute et les clients (les premiers ayant complété le TACIQ une seule fois après la fin du suivi avec chacun de leurs clients participant à l'étude, alors que la majorité des clients ont complété le TACIQ plus qu'une seule fois à différents moments durant leurs suivis) peut rendre compte, d'une partie au moins, de cette divergence. Par ailleurs, notre échec d'obtention des accords inter-juges dans la cotation de la majorité des items du TACIQ par deux observateurs extérieurs, malgré la convergence de leurs formations théoriques, étant tous les deux des doctorants en psychologie dans la même approche théorique, semble indiquer l'impossibilité d'utiliser cet instrument de façon objective par un observateur extérieur. Les divergences de perspectives entre les deux juges, ainsi qu'entre les clients et les thérapeutes participant à notre étude, semblent ainsi pointer vers une dimension subjective assez importante dans la perception et la conception de certains comportements identifiés dans le TACIQ. Ainsi, cette étude semble mettre l'accent sur le besoin d'opérationnaliser davantage les descriptions de certains comportements identifiés dans le TACIQ, afin de pouvoir l'utiliser de façon plus objective. Il est

possible également de penser que certaines dimensions subjectives de l'expérience thérapeutique peuvent influencer la cotation d'un tel outil (par exemple, le sentiment d'être validé, normalisé ou encouragé par l'attitude non verbale du thérapeute, ou l'intonation de sa voix).

Le TACIQ semble tout de même utile pour mettre l'accent sur la temporalité et les mouvements dans le temps à l'intérieur d'une démarche thérapeutique. Horvath et ses collaborateurs (2011) soulignent l'aspect dynamique du processus thérapeutique en mettant l'accent sur les fluctuations «normales» dans la force de l'alliance thérapeutique à l'intérieur du processus et entre les sessions. Selon ces derniers auteurs, les besoins et les désirs des clients à l'égard de leurs thérapeutes ne sont pas statiques et peuvent changer, en réponse à une variété de facteurs inhérents à la thérapie. Nous avons observé par exemple que le sentiment des clients participant à notre étude d'être libres de choisir ce dont ils veulent parler en thérapie semble au début du suivi s'associer à une impression d'une forte alliance thérapeutique et tendrait à s'associer plutôt à une impression d'une faible alliance au fur et à mesure de l'avancement en thérapie. Ces observations semblent traduire un besoin éventuellement changeant chez ces clients entre le début et les étapes subséquentes de leurs thérapies. Si au début de leurs démarches ceux-ci semblaient apprécier la liberté de pouvoir parler de ce dont ils avaient envie de parler, ils semblaient toutefois s'attendre à plus de directionnalité et de contributions de la part de leurs thérapeutes

au fil des séances subséquentes. Par ailleurs, l'impression de se sentir très souvent validés et normalisés dans leurs réactions par leurs thérapeutes semble s'associer à une perception faible chez ces clients de l'alliance thérapeutique au début de la démarche, et à une perception forte de l'alliance au fur et à mesure d'avancer en thérapie. Nos observations semblent ainsi mettre l'accent sur la notion de la temporalité dans le processus thérapeutique, démontrant une certaine cohérence avec l'étude de Lamontagne (2016) dans laquelle les clients interviewés ont rapporté une évolution dans leur perception de la relation thérapeutique et dans leurs attentes à l'égard de leurs thérapeutes au fil de la thérapie. Cette auteure explique que les témoignages des clients participant à son étude suggèrent une évolution dans la manière dont les différentes composantes de la relation thérapeutique se déploient et dans la manière dont les clients perçoivent et vivent cette relation.

Nos observations mettraient ainsi l'accent sur la complexité du processus thérapeutique et de l'établissement d'une bonne alliance thérapeutique basée sur une compréhension dynamique et une résonance empathique avec les besoins et les désirs en mouvement continuels des clients. Contrairement à ce qui a été postulé par Bedi (2006), nous ne pensons pas que l'écoute empathique soit un facteur simple, qui relève de certains micros caractères chez le thérapeute, mais plutôt une compétence complexe qui exige la pratique et de la supervision. L'écoute empathique est centrale mais elle n'est en rien un processus statique, elle devrait aussi rendre compte de la

capacité d'ajustement du thérapeute au fur et à mesure que le processus thérapeutique se déploie. Horvath et coll. (2011) expliquent que la capacité du thérapeute à faire face habilement aux fluctuations normales de l'alliance au cours d'une démarche thérapeutique est le garant de bons résultats thérapeutiques. Ces auteurs soulignent dans leurs recommandations que le thérapeute doit être formé pour développer ce genre d'habiletés.

Par ailleurs, nos observations semblent suggérer une influence de l'état psychologique initial de certains clients sur leurs perceptions du processus thérapeutique, notamment de la fréquence de notation de certains comportements ou attitudes de la part leurs thérapeutes. À la lumière de ces observations, nous pensons qu'il est important de prendre en considération l'état psychologique initial de chaque client, notamment sur le plan relationnel, pour mieux comprendre sa perception du processus thérapeutique et de la relation avec son thérapeute. Autrement dit, notre compréhension de la perception des clients du processus thérapeutique serait incomplète si nous faisons abstraction de leurs états psychologiques et de leurs difficultés relationnelles initiales.

Enfin, les analyses comparatives détaillées des réponses des deux clients participant à notre étude et de leur thérapeute semblent illustrer un lien entre l'honnêteté du thérapeute, telle que perçue initialement par deux clients au début de leurs démarches et le changement dans leur perception par rapport à leur état mental; notamment par rapport à leur sentiment que quelque chose ne tourne pas rond dans leurs têtes. Cette

observation mettrait en valeur l'importance de la «congruence» du thérapeute, désignée par Rogers (1975) comme une des conditions nécessaires et suffisantes à l'efficacité thérapeutique. La possibilité pour le client de ressentir la sincérité et l'authenticité du thérapeute, et de se sentir vu de façon juste et accepté avec ses failles et ses faiblesse permettrait à certains clients de s'accepter davantage et de se sentir validés et normalisés dans leur vrai self.

Une des limites importantes de cette étude réside dans la procédure d'échantillonnage. La petite taille de l'échantillon ne nous permet de prétendre avoir prouvé quoique ce soit, mais nous pouvons tout de même proposer, à titre indicatif, des pistes de réflexion et de compréhension éventuelle. Notre échantillon n'est pas représentatif de tous les stagiaires doctorants en psychologie effectuant leur stage clinique au Centre de Services Psychologiques à l'UQAM en 2014 et 2015. Dès le départ, nous avons établi comme critère d'exclusion les stagiaires qui ne font pas des suivis psychothérapeutiques, comme les stagiaires dans la section neuropsychologique dont le stage consiste essentiellement à faire des évaluations neuropsychologiques. De plus, les 8 stagiaires qui ont participé au projet étaient supervisés par des superviseurs en approche humaniste, ou cognitive-comportementale. Nous n'avons ainsi pas réussi à inclure dans notre échantillon des stagiaires supervisés selon une approche psychodynamique, qui est une des trois principales approches théoriques de

formation du Centre. Cette limite représente une entrave à la généralisation de nos observations sur la population parente, soit à tous les doctorants en psychologie, stagiaires au CSP dans les années universitaires 2013-2014 et 2014-2015. De plus, étant donné que la participation des clients se faisait de façon volontaire à l'initiative des thérapeutes qui les avaient déjà rencontrés, ceux ayant accepté de participer sont peut-être les clients qui ont eu des impressions de bonnes relations thérapeutiques. Les résultats ne sont donc pas représentatifs de tous les clients suivis par les 8 stagiaires participant à l'étude. Par ailleurs, le maintien du seuil de .05 pour les tests statistiques indépendamment du nombre de tests effectués fait en sorte que tous les résultats obtenus ne peuvent être considérés que comme des indications de ce qui serait trouvé dans des réplifications avec plus de dyades.

De plus, le manque de certaines informations descriptives sur les clients participant à l'étude (comme par exemple des informations sur leurs âges, leurs statuts maritaux, leurs occupations principales, leurs niveaux de scolarités, leurs origines ethniques, leurs motifs de consultation en psychothérapie, etc.) représente également une limite importante à la possibilité de transférer nos résultats à d'autres échantillons. Polit et Beck (2010) recommandent de rapporter le plus d'informations descriptives possibles sur les participants dans une étude afin de permettre aux lecteurs de transférer les résultats et les conclusions de celle-ci sur d'autres échantillons similaires.

Par ailleurs, sur le plan méthodologique, le fait de se limiter aux questionnaires auto-administrés et aux enregistrements audiovisuels de certaines séances de thérapie, représente une limite à la crédibilité de l'étude. Tracy (2013) recommande de varier les méthodes utilisés dans la collecte de données afin de rehausser la crédibilité et la rigueur scientifique de la recherche. Nous aurions ainsi gagné davantage de crédibilité en diversifiant davantage les méthodes utilisés pour cueillir nos données, en procédant par exemple par des analyses qualitatives de contenu d'entrevues semi-structurées avec les thérapeutes et les clients participant à l'étude afin d'explorer plus profondément leurs expériences subjectives quant aux démarches entreprises.

Une des forces principales de cette étude réside dans son aspect longitudinal. Nous pensons qu'en dépit de nombreuses limites de celle-ci, notamment en lien avec le maintien du seuil de .05 indépendamment du nombre de tests effectués, certaines retombées positives peuvent être envisagées, tant sur le plan scientifique que clinique. Sur le plan scientifique par exemple, la présente étude propose des perspectives à explorer davantage sur les perceptions des clients participant à un processus psychothérapeutique quant aux éléments importants à l'établissement et au maintien d'une bonne alliance thérapeutique. Cette étude confirme la divergence des perspectives, rapportée dans la littérature, entre les deux protagonistes d'une psychothérapie quant à ce qui se passe durant le processus thérapeutique et met

l'accent sur la temporalité de celui-ci. Sur le plan clinique, les observations de la présente étude pourront aider les psychologues cliniciens dans leur démarche réflexive, notamment sur la temporalité du processus thérapeutique et la nécessité de considérer les besoins changeants de chaque client au fil du suivi.

Pour de futures études, nous recommandons des projets de recherches avec des devis mixtes, qualitatifs et quantitatifs afin d'explorer davantage les perceptions des thérapeutes et des clients quant au processus thérapeutique et aux liens possibles entre les différentes composantes de la relation thérapeutique et le changement psychologique chez les clients. Nous recommandons par exemple de répéter la même étude auprès d'un échantillon plus large, incluant des thérapeutes œuvrant selon un cadre théorique psychodynamique. Des entrevues demi-structurées ou non structurées avec les clients, bien qu'elles puissent interférer davantage avec le processus thérapeutique que le simple fait de répondre à des questionnaires, permettraient d'ajouter un éclairage important sur la perception de ceux-ci du processus thérapeutique. De telles entrevues permettraient par exemple de prendre en considération les difficultés psychologiques initiales des clients, d'explorer davantage la notion de la temporalité du processus thérapeutique, c'est-à-dire les besoins et les désirs changeant des clients au fil de leurs démarches, et d'explorer les significations attribuées par ces derniers aux interventions et aux comportements de leurs

thérapeutes (ex. quel sens donnerait un client au contact visuel établi par le thérapeute, ou au commentaire à visée normalisante proféré par ce dernier?) Des entrevues demi-structurées avec les thérapeutes stagiaires permettraient également d'explorer davantage leurs perceptions quant à la complexité du processus thérapeutique et de l'établissement d'une bonne alliance thérapeutique avec chacun de leurs clients. Parallèlement, la réplication de cette étude avec un échantillon de taille plus grande permettrait de confirmer ou d'infirmer les résultats statistiques obtenus dans celle-ci.

ANNEXE A

LA MINI MESURE D'IMPACT MI-10

MI-10

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

	Jamais	Rarement	Parfois	Fréquemment	Presque toujours
1. Je suis une personne heureuse.	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
2. Je suis satisfait(e) de ma vie.	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
3. Je suis satisfait(e) de mes relations avec les autres.	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
4. Je me sens aimé(e) et apprécié(e).	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
5. Mes relations avec mes proches sont pleinement satisfaisantes.	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
6. Je me sens craintif(ve).	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
7. Je sens que quelque chose ne tourne pas rond dans ma tête.	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
8. Je me sens déprimé(e) (triste).	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
9. Je me sens seul(e).	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
10. Je me sens stressé(e) au travail ou à l'école.	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0

ANNEXE B

Inventaire d'Alliance de Travail (WAI-F) – Client

Inventaire d'Alliance de Travail (WAI-F) – Client

Vous trouverez ci-dessous des énoncés décrivant divers sentiments ou pensées qu'une personne peut avoir à l'égard du(de la) thérapeute. En vous référant aux trois dernières rencontres avec votre thérapeute, veuillez indiquer jusqu'à quel point chaque énoncé décrit la façon dont vous vous sentiez ou ce que vous pensiez. Si l'énoncé décrit la façon dont vous vous êtes toujours senti, ou avez toujours pensé dans les trois dernières séances, encerclez le chiffre 7; si par contre vous ne vous êtes jamais senti et n'avez jamais pensé ainsi dans les trois dernières séances, encerclez le chiffre 1. Utilisez les points entre 1 et 7 pour décrire les variations entre ces deux extrémités.

Jamais	Rarement	De temps à autre	Quelques fois	Souvent	Très souvent	Toujours					
1	2	3	4	5	6	7					
1- Mon(ma) thérapeute et moi, nous nous entendons sur ce que j'aurai à faire en thérapie en vue de m'aider à améliorer ma situation.					1	2	3	4	5	6	7
2- Ce que je fais en thérapie me donne de nouvelles façons de voir mon problème.					1	2	3	4	5	6	7
3- Je crois que mon(ma) thérapeute m'aime bien.					1	2	3	4	5	6	7
4- Mon(ma) thérapeute ne comprend pas ce que j'essaie de réaliser en thérapie.					1	2	3	4	5	6	7
5- J'ai confiance que mon(ma) thérapeute est capable de m'aider.					1	2	3	4	5	6	7
6- Mon(ma) thérapeute et moi travaillons en vue d'atteindre des objectifs sur lesquels nous nous sommes entendu(e)s.					1	2	3	4	5	6	7
7- Je sens que mon(ma)thérapeute m'apprécie.					1	2	3	4	5	6	7
8- Nous nous entendons sur ce qui est important pour moi de travailler en thérapie.					1	2	3	4	5	6	7
9- Mon(ma) thérapeute et moi avons confiance l'un dans l'autre.					1	2	3	4	5	6	7
10- Mon(ma) thérapeute et moi avons des opinions différentes quant à la nature réelle de mes problèmes.					1	2	3	4	5	6	7
11- Nous avons établi entre nous une bonne compréhension des changements qui seraient bons pour moi.					1	2	3	4	5	6	7
12- Je crois que la façon dont nous travaillons sur mon problème est correcte.					1	2	3	4	5	6	7

ANNEXE C

Inventaire d'Alliance de Travail (WAI-F) – Thérapeute

Inventaire d'Alliance de Travail (WAI-F) – Thérapeute

Vous trouverez ci-dessous des énoncés décrivant divers sentiments ou pensées qu'un(e) thérapeute peut avoir à l'égard du(de la) client(e). En vous référant aux trois dernières rencontres avec votre client(e), veuillez indiquer jusqu'à quel point chaque énoncé décrit la façon dont vous vous sentiez ou ce que vous pensiez. Si l'énoncé décrit la façon dont vous vous êtes toujours senti, ou avez toujours pensé dans les trois dernières séances, encerclez le chiffre 7; si par contre vous ne vous êtes jamais senti et n'avez jamais pensé ainsi dans les trois dernières séances, encerclez le chiffre 1. Utilisez les points entre 1 et 7 pour décrire les variations entre ces deux extrémités.

Jamais	Rarement	De temps à autre	Quelques fois	Souvent	Très souvent	Toujours					
1	2	3	4	5	6	7					
1- Ce(cette) client(e) et moi, nous nous entendons sur les pas à entreprendre en vue d'améliorer sa situation.					1	2	3	4	5	6	7
2- Ce(cette) client(e) et moi avons confiance que notre activité courante en thérapie est utile.					1	2	3	4	5	6	7
3- Je crois que ce(cette) client(e) m'aime bien.					1	2	3	4	5	6	7
4- J'ai des doutes sur ce que nous essayons de réaliser en thérapie.					1	2	3	4	5	6	7
5- J'ai confiance que je suis capable d'aider ce(cette) client(e).					1	2	3	4	5	6	7
6- Nous travaillons en vue d'atteindre des objectifs sur lesquels nous nous sommes entendu(e)s.					1	2	3	4	5	6	7
7- J'apprécie ce(cette) client(e) en tant que personne.					1	2	3	4	5	6	7
8- Nous nous entendons sur ce qui est important de travailler en thérapie.					1	2	3	4	5	6	7
9- Ce(cette) client(e) et moi avons développé une confiance mutuelle.					1	2	3	4	5	6	7
10- Ce(cette) client(e) et moi avons des opinions différentes quant à la nature réelle de ses problèmes.					1	2	3	4	5	6	7
11- Nous avons établi entre nous une bonne compréhension des types de changements qui seraient bons pour ce(cette) client(e).					1	2	3	4	5	6	7
12- Ce(cette) client(e) croit que la façon dont nous travaillons sur son problème est correcte.					1	2	3	4	5	6	7

ANNEXE D

THERAPEUTIC ALLIANCE CRITICAL INCIDENTS QUESTIONNAIRE
(TACIQ)

Therapeutic Alliance Critical Incidents Questionnaire (TACIQ; Duff & Bedi, 2010)

Instructions: Below is a series of statements that describe some of the things that may happen during counselling. As you read the sentences, mentally insert the name of your therapist (counsellor) in place of _____ in the text. For each statement, please take your time to think carefully of your own experience over the last three sessions only with your therapist (counsellor) and then fill in the appropriate bubble.

Important: The rating scale is not the same for all the statements. PLEASE READ CAREFULLY!

1. _____ made eye contact with me.

Never Sometimes Fairly Often Very Often Always

2. _____ told me about similar experiences that he/she had.

Never Sometimes Fairly Often Very Often Always

3. _____ asked me questions.

Always Very Often Fairly Often Sometimes Never

4. _____ made encouraging comments.

Never Sometimes Fairly Often Very Often Always

5. _____ greeted me with a smile.

Always Very Often Fairly Often Sometimes Never

6. _____ identified and reflected back my feelings.

Always Very Often Fairly Often Sometimes Never

7. _____ referred to details we had discussed in previous sessions.

Always Very Often Fairly Often Sometimes Never

8. _____ let me decide what to talk about.

Never Sometimes Fairly Often Very Often Always

9. _____ was honest (i.e., he/she shared negative information truthfully).

Always Very Often Fairly Often Sometimes Never

10. _____ made positive comments about me.

Never Sometimes Fairly Often Very Often Always

11. _____ sat still (i.e., did not fidget).

Never Sometimes Fairly Often Very Often Always

12. _____ provided verbal prompts (e.g., “uh huh,” “hmm-mmm”).

Always Very Often Fairly Often Sometimes Never

13. _____ sat facing me (i.e., sat directly across from me).

Never Sometimes Fairly Often Very Often Always

14. _____ kept the administration (e.g., fees, scheduling of appointments, paperwork) outside of our sessions.

Never Sometimes Fairly Often Very Often Always

15. _____ validated my experience (e.g., he/she said that my reaction was understandable and reasonable, and that it was okay to feel this way).

Always Very Often Fairly Often Sometimes Never

ANNEXE E

QUESTIONNAIRE DES INCIDENTS CRUCIAUX À L'ALLIANCE
THÉRAPEUTIQUE-VERSION EN FRANÇAIS (TACIQ)

TACIQ (Client)_ version en français

Instructions: Voici une série d'énoncés qui décrivent quelques-unes des choses qui peuvent arriver lors d'une consultation. Durant votre lecture, insérez mentalement le nom de votre thérapeute (conseiller) à la place de _____ dans le texte. Pour chaque énoncé, s'il vous plaît, prenez le temps de réfléchir à votre propre expérience avec votre thérapeute (conseiller) au cours des trois dernières séances seulement, puis choisissez la réponse appropriée.

Important: L'échelle de notation n'est pas la même pour tous les énoncés. VEUILLEZ LIRE ATTENTIVEMENT S'IL VOUS PLAÎT !

Nous tenons à souligner qu'aucune théorie existante ne démontre qu'il soit souhaitable ou pas d'adopter les comportements mentionnés ci-dessous dans un contexte thérapeutique. Par la présente étude nous souhaiterions tout simplement sonder vos impressions quant à la fréquence de survenue de ces comportements durant les séances.

1. _____ a établi un contact visuel avec moi.

Jamais Des fois Assez souvent Très souvent Toujours

2. _____ m'a parlé d'expériences similaires qu'il/elle a eues

Jamais Des fois Assez souvent Très souvent Toujours

3. _____ m'a posé des questions

Toujours Très souvent Assez souvent Des fois Jamais

4. _____ m'a fait des commentaires encourageants

Jamais Des fois Assez souvent Très souvent Toujours

5. _____ m'a souri

Toujours Très souvent Assez souvent Des fois Jamais

6. _____ a identifié et reflété mes sentiments

Toujours Très souvent Assez souvent Des fois Jamais

7. _____ a fait référence à des détails que nous avons abordés dans des séances précédentes

Toujours Très souvent Assez souvent Des fois Jamais

8. _____ m'a laissé choisir ce dont je voulais parler

Jamais Des fois Assez souvent Très souvent Toujours

9. _____ était honnête (il/elle a partagé des informations négatives franchement)

Toujours Très souvent Assez souvent Des fois Jamais

10. _____ a fait des commentaires positifs à propos de moi

Jamais Des fois Assez souvent Très souvent Toujours

11. _____ est resté(e) assis(e) immobile (c'est à dire, sans agitation)

Jamais Des fois Assez souvent Très souvent Toujours

12. _____ a donné des incitations verbales (par exemple, "uh huh", "hmm-mmm").

Toujours Très souvent Assez souvent Des fois Jamais

13. _____ s'est assis(e) face à moi (c'est-à-dire, s'est assis directement devant moi)

Jamais Des fois Assez souvent Très souvent Toujours

14. _____ a gardé les aspects administratifs en dehors des sessions (par exemple, honoraires, prise de rendez-vous, documents)

Jamais Des fois Assez souvent Très souvent Toujours

15. _____ a validé mon expérience (par exemple, il/elle a dit que ma réaction était compréhensible et raisonnable et que c'était ok de se sentir ainsi)

Toujours Très souvent Assez souvent Des fois Jamais

ANNEXE F

QUESTIONNAIRE DES INCIDENTS CRUCIAUX À L'ALLIANCE
THÉRAPEUTIQUE (TACIQ) (THÉRAPEUTE) - VERSION EN FRANÇAIS

TACIQ (thérapeute)_version en français

Instructions: Voici une série d'énoncés qui décrivent quelques-unes des choses qui peuvent arriver lors d'une consultation. Durant votre lecture, insérez mentalement le nom de votre client(e) à la place de _____ dans le texte. Pour chaque énoncé, s'il vous plaît, prenez le temps de réfléchir à votre propre expérience pendant votre suivi avec votre client(e), puis choisissez la réponse appropriée.

Important: L'échelle de notation n'est pas la même pour tous les énoncés. VEUILLEZ LIRE ATTENTIVEMENT S'IL VOUS PLAÎT !

Nous tenons à souligner qu'aucune théorie existante ne démontre qu'il soit souhaitable ou pas d'adopter les comportements mentionnés ci-dessous dans un contexte thérapeutique. Par la présente étude nous souhaiterions tout simplement sonder vos impressions quant à la fréquence de survenue de ces comportements durant les séances.

1. J'ai établi un contact visuel avec _____.

Jamais Des fois Assez souvent Très souvent Toujours

2. J'ai parlé à _____ d'expériences similaires que j'ai eues

Jamais Des fois Assez souvent Très souvent Toujours

3. J'ai posé des questions à _____.

Toujours Très souvent Assez souvent Des fois Jamais

4. J'ai fait des commentaires encourageants à _____.

Jamais Des fois Assez souvent Très souvent Toujours

5. J'ai souri à _____.

Toujours Très souvent Assez souvent Des fois Jamais

6. J'ai identifié et reflété les sentiments de _____.

Toujours Très souvent Assez souvent Des fois Jamais

7. J'ai fait référence à des détails que nous avons abordés dans des séances précédentes

Toujours Très souvent Assez souvent Des fois Jamais

8. J'ai laissé _____ choisir ce dont il/elle voulait parler

Jamais Des fois Assez souvent Très souvent Toujours

9. J'étais honnête (j'ai partagé des informations négatives franchement)

Toujours Très souvent Assez souvent Des fois Jamais

10. J'ai fait des commentaires positifs à propos de _____.

Jamais Des fois Assez souvent Très souvent Toujours

11. Je suis resté(e) assis(e) immobile (c'est à dire, sans agitation)

Jamais Des fois Assez souvent Très souvent Toujours

12. J'ai donné des incitations verbales (par exemple, "uh huh", "hmm-mmm").

Toujours Très souvent Assez souvent Des fois Jamais

13. Je me suis assis(e) face à _____ (c'est-à-dire, je me suis assis(e) directement devant lui/elle)

Jamais Des fois Assez souvent Très souvent Toujours

14. J'ai gardé les aspects administratifs en dehors des sessions (par exemple, honoraires, prise de rendez-vous, documents)

Jamais Des fois Assez souvent Très souvent Toujours

15. J'ai validé l'expérience de _____ (par exemple, j'ai dit que sa réaction était compréhensible et raisonnable et que c'était ok de se sentir ainsi)

Toujours Très souvent Assez souvent Des fois Jamais

ANNEXE G

AFFICHE POUR PRÉSENTER LE PROJET AUX STAGIAIRES

Participation à un projet de recherche doctorale

Titre du projet : *Compréhension des éléments contribuant à l'établissement et au maintien de l'alliance thérapeutique.*

Mené par :
Hussam Sabouni,
candidat au doctorat en psychologie à l'UQAM.

Sous la direction de :
Marc-Simon Drouin, PhD.,
Professeur et directeur du département de psychologie de l'UQAM.
&
André Achim, PhD.,
Professeur au département de psychologie de l'UQAM.

Par la présente annonce nous sollicitons votre participation à un projet de recherche doctorale, visant à mieux comprendre les éléments contribuant à l'établissement et au maintien du lien au début d'un processus thérapeutique. Ce projet pourrait nous aider à améliorer la qualité de formation offerte aux futurs psychologues dans le but de favoriser l'adhésion au suivi, et l'obtention de meilleurs résultats thérapeutiques. Pour ce faire, nous souhaitons connaître vos impressions vis-à-vis votre expérience avec votre/vos client(s) au CSP.

Nous cherchons des participants stagiaires au CSP, offrant un certain suivi auprès d'une clientèle adulte. Ainsi, si vous êtes actuellement stagiaire au CSP, travaillant avec une clientèle adulte dans une approche cognitive-comportementale, humaniste, ou psychodynamique, et vous êtes intéressé(e) par cette recherche, veuillez communiquer avec le chercheur principal qui prendra le temps pour vous présenter le projet plus en détails et vous expliquer en quoi consisterait précisément votre éventuelle participation.

Hussam Sabouni
Tél : 514 659-8598
Courriel : husabouni@hotmail.com

ANNEXE H

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT POUR THÉRAPEUTE



FORMULAIRE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT¹ (THÉRAPEUTE)

Titre du projet de recherche

Compréhension des éléments contribuant à l'établissement et au maintien de l'alliance thérapeutique². Étude exploratoire comparant les points de vue des clients, des thérapeutes et d'un observateur externe.

Chercheurs responsables du projet

Hussam Sabouni, candidat au doctorat au département de psychologie de l'UQAM.

Marc-Simon Drouin, PhD., Professeur et directeur du département de psychologie de l'UQAM.

André Achim, PhD., Professeur au département de psychologie de l'UQAM.

PRÉAMBULE

Bien que vous conserviez une copie de ce formulaire, avant d'accepter de participer à ce projet, veuillez prendre le temps de lire, de comprendre et de considérer les renseignements qui suivent. Le présent document peut contenir des termes que vous ne comprenez pas. Nous vous invitons à poser toutes les questions que vous jugez utiles au chercheur et à lui demander de vous expliquer les éléments qui ne sont pas clairs.

PARTIE I : INFORMATION

NATURE ET OBJECTIF DU PROJET DE RECHERCHE Cette recherche vise à mieux comprendre les éléments contribuant à l'établissement et au maintien du lien thérapeutique. Ceci pourrait nous aider à améliorer la qualité de formation offerte aux futurs psychologues dans le but de favoriser l'obtention de meilleurs résultats thérapeutiques. Pour ce faire, nous souhaitons connaître vos impressions vis-à-vis votre expérience avec votre/vos client(s) au Centre de Services Psychologiques (CSP) à l'UQAM. Au cours d'une période d'environ 2 ans, 30 dyades (client/thérapeute) seront recrutées, pour participer à la présente étude.

¹ L'expression *sujet de recherche* couvre la notion de participant de recherche. Le genre masculin employé pour alléger le texte et désigne autant les femmes que les hommes.

² L'expression *alliance thérapeutique* désigne la relation thérapeutique entre un client et son thérapeute.

VOTRE PARTICIPATION Si vous acceptez de participer à cette étude, vous serez invité à remplir un questionnaire évaluant l'alliance thérapeutique avec votre/vos client(s) qui acceptera/accepteront de participer à la même étude. Nous vous invitons à compléter le même questionnaire à trois reprises pour chaque client : à la fin de la 3^{ème} séance, à la fin de la 7^{ème} séance et à la fin de l'avant dernière séance. De plus, à la fin du processus thérapeutique avec l'ensemble de vos clients qui accepteront de participer à la présente étude, vous serez invité à compléter un autre questionnaire évaluant de façon rétrospective vos perceptions par rapport aux fréquences de survenue de certains comportements spécifiques durant vos rencontres avec chacun de vos clients participant à cette étude. Le temps estimé pour compléter chacun des deux questionnaires varie d'une personne à une autre. De façon approximative, ceci pourrait prendre entre 5 et 10 minutes. Après avoir complété le questionnaire, vous le remettrez dans une enveloppe que vous cachèterez et déposerez dans le casier du chercheur principal au CSP. Vous serez également invité à la fin du processus thérapeutique, si vous le désirez bien, à assister à un entretien avec le chercheur principal ou son assistant(e) dans le but de vous expliquer de façon plus détaillée les objectifs spécifiques de ce projet et d'explorer vos impressions et vos commentaires par rapport à votre participation à cette étude. Cet entretien durerait environ 30 minutes et serait enregistré afin de permettre la codification ultérieure des informations recueillies.

Votre participation implique aussi que vous acceptiez que des enregistrements audiovisuels de certaines rencontres avec votre client soient utilisés pour les fins de cette recherche. Ainsi, en vertu de votre signature du présent formulaire, et de la signature de votre client d'un formulaire semblable, le chercheur principal peut vous demander de lui fournir, à la fin de votre stage, les enregistrements de certaines rencontres.

LES RISQUES Nous considérons qu'il n'y a généralement pas d'effets négatifs provoqués par la participation à cette étude. Par contre, si vous vous sentez quelque malaise que ce soit lié à votre participation à cette étude n'hésitez pas à en informer aussitôt un des chercheurs responsables du projet³.

LES AVANTAGES Il se peut que vous ne retiriez aucun bénéfice personnel de votre participation à cette étude. Toutefois, les résultats obtenus contribueront à l'avancement des connaissances dans le domaine de la psychothérapie et à améliorer la qualité de la formation des futurs psychologues.

PARTICIPATION VOLONTAIRE ET DROIT DE RETRAIT Votre participation à cette étude est entièrement volontaire et vous êtes totalement libre d'y participer ou non. De plus, vous êtes libre, en tout temps, de vous retirer du projet sans pénalité. Votre décision de participer ou pas à cette étude, ou de vous retirer de celle-ci vous appartient totalement et ne devrait en aucun cas affecter votre relation avec votre superviseur ou avec la direction

³ Vous trouvez leurs coordonnées à la page 4 de ce formulaire.

du CSP. Si vous décidez de vous retirer de la recherche, vous pouvez communiquer avec le chercheur principal au numéro de téléphone ou par courriel sans devoir justifier votre décision⁴. Si vous vous retirez, les informations déjà obtenues dans le cadre de ce projet seront conservées aussi longtemps que nécessaire pour les besoins de la présente étude.

CONFIDENTIALITÉ ET ANONYMAT Toutes les informations que vous fournirez par votre participation à cette étude demeureront strictement confidentielles, et vous ne serez identifié que par un code alphanumérique. Aucune publication ou communication scientifique résultant de cette étude ne renfermera quoi que ce soit qui puisse permettre de vous identifier. Les résultats obtenus dans le cadre de ce projet seront diffusés sous forme de données totalement anonymes dans le cadre d'un essai doctoral. Si nous décidons ultérieurement d'utiliser certaines illustrations audiovisuelles extraites des enregistrements des séances pour d'autres fins que la présente étude nous irons chercher votre consentement, sans lequel aucune illustration audiovisuelle, pouvant vous identifier, ne sera utilisée. Les questionnaires que vous allez remplir, ainsi que les enregistrements de votre dernier entretien avec le chercheur principal ou son assistant(e) seront conservés dans une armoire sous clef et détruits un an après le dépôt de l'essai. Ces matériaux ne seront montrés à personne d'autre qu'au chercheur responsable du projet et son assistant. Vos superviseurs n'auront pas accès à ces matériaux. En conséquence, les informations que vous fournirez dans le cadre de cette étude n'affecteront en rien votre relation avec ces derniers. Les enregistrements audiovisuels des séances utilisés dans le cadre de cette recherche seront remis, après leur usage, au CSP pour qu'il en dispose de la même façon que les autres enregistrements qui ne seront pas utilisés pour cette recherche.

SURVEILLANCE DES ASPECTS ÉTHIQUES DU PROJET Le comité d'éthique de la recherche pour les projets étudiants de la Faculté des sciences humaines à l'UQAM a approuvé ce projet de recherche et assure le suivi.

Anik Bergeron

Agente de recherche et de planification

514 987-3000 Post# 3642

PARTIE II : IDENTIFICATION DES PERSONNES RESSOURCES

Voici le nom des chercheurs à contacter pour toute question relative à cette recherche :

Hussam Sabouni

Candidat au doctorat au département de psychologie de l'UQAM.

⁴ Si vous décidez de vous retirer de l'étude, le chercheur principal vous contactera pour vous demander si vous acceptez toujours que votre (vos) client(s) participant(s) à l'étude continuera(ont) à remplir les questionnaires aux moments prévus et si vous consentez toujours à que des enregistrements audiovisuels de certaines rencontres avec votre (vos) client(s) soient utilisés pour les fins de cette recherche. Advenant le cas où vous n'accepterez plus que votre(vos) client(s) continuera(ont) à remplir les questionnaires, le chercheur informera ce(s) dernier(s) de l'arrêt du processus sans préciser la raison de ceci.

Courriel : sabouni.hussam@courrier.uqam.ca

Marc-Simon Drouin, PhD
Professeur et directeur du département de psychologie de l'UQAM
UQAM
C.P.8888, Succ Centre-Ville
Montréal, Qc, H3C 3P8
(514) 987-3000 poste # 7006
Courriel : drouin.marc_simon@uqam.ca

Pour formuler une plainte relative à votre participation à cette recherche vous pouvez communiquer avec :

Marc-Simon Drouin, PhD
Professeur et directeur du département de psychologie de l'UQAM
UQAM
C.P.8888, Succ Centre-Ville
Montréal, Qc, H3C 3P8
(514) 987-3000 poste # 7006
Courriel : drouin.marc_simon@uqam.ca

PARTIE III : CONSENTEMENT

Je déclare avoir lu le présent formulaire de consentement, particulièrement quant à la nature du projet de recherche intitulé : «*Compréhension des éléments contribuant à l'établissement et au maintien de l'alliance thérapeutique. Étude exploratoire comparant les points de vue des clients, des thérapeutes et d'un observateur externe*» et aux modalités relatives à ma participation. Je reconnais qu'on m'a expliqué le projet, qu'on a répondu à toutes mes questions et qu'on m'a laissé le temps voulu pour prendre une décision.

Je consens librement et volontairement à participer à ce projet. On me remettra une copie signée du présent formulaire.

En signant ce formulaire, je ne renonce à aucun de mes droits légaux ni ne libère les chercheurs, ou l'Université du Québec à Montréal de leur responsabilité civile et professionnelle.

Nom du sujet

Signature du sujet

Date

J'ai expliqué le but, la nature, les risques et avantages de cette recherche au sujet de recherche et ai répondu à toutes ses questions au meilleur de ma connaissance.

Nom de la personne
désignée par le chercheur

Signature

Date

ANNEXE I

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT POUR SUPERVISEUR

Formulaire de consentement superviseur

Titre du projet de recherche

Compréhension des éléments contribuant à l'établissement et au maintien de l'alliance thérapeutique. Étude exploratoire comparant les points de vue des clients, des thérapeutes et d'un observateur externe.

Chercheurs responsables du projet

Hussam Sabouni,
Candidat au doctorat en psychologie à l'UQAM.

Marc-Simon Drouin, PhD.,
Professeur et directeur du département de psychologie de l'UQAM.

André Achim, PhD.,
Professeur au département de psychologie de l'UQAM.

PRÉSENTATION DU PROJET

Ce projet s'inscrit dans le cadre d'un courant de recherche qui s'intéresse, depuis des années, à la compréhension de l'établissement et du maintien d'une bonne alliance thérapeutique (Bachelor, 1995 ; Bedi, 2006 ; Bedi, et al., 2005 ; Bordin, 1979 ; Fitzpatrick et al., 2006, 2009 ; Gaston, 1990 ; Gelso & Carter, 1985 ; Luborsky, 1976 ; Safran & Muran, 2000). Cette recherche vise en particulier à mieux comprendre les éléments contribuant à l'établissement et au maintien du lien thérapeutique, dans un contexte de formation (stage). Ceci pourrait nous aider à améliorer la qualité de formation offerte aux futurs psychologues dans le but de favoriser l'adhésion des clients au suivi, et l'obtention de meilleurs résultats thérapeutiques. C'est une étude exploratoire visant à comparer les perceptions des clients avec celles des thérapeutes, et d'un observateur externe quant au processus thérapeutique (ex. par rapport à la force de l'alliance, et à la fréquence de survenue de certains éléments précis durant les séances). Notre hypothèse étant que ces trois sources (client, thérapeute et observateur externe) pourraient avoir des perceptions plutôt divergentes que convergentes vis-à-vis le processus thérapeutique. Le cas échéant, nous allons essayer

d'expliquer les divergences de perceptions entre ces trois sources par le biais de certains éléments (ex. la perception des clients du changement au niveau de leur fonctionnement psychologique, ou leur perception quant à la force de l'alliance).

PROCÉDURE DE RECHERCHE

30 dyades (client/stagiaire) seront recrutées, pour participer à la présente étude au cours d'une période d'environ 2 années universitaires. Afin de réaliser les objectifs de ce projet nous allons demander aux thérapeutes stagiaires du CSP, et à leurs clients de rapporter, chacun de son côté, la fréquence de survenue, durant la thérapie, des 15 comportements spécifiques, par le biais d'un questionnaire auto-administré (Le TACIQ¹). Nous allons également demander aux clients et aux stagiaires d'évaluer la force de l'alliance à différents moments durant le processus thérapeutique par le biais d'un autre questionnaire auto-administré Le WAI. Nous envisageons aussi évaluer le changement au niveau du fonctionnement psychologique chez les clients, par le biais d'un questionnaire auto-administré (La MI-10), qu'on demande aux clients de compléter à 3 moments durant le processus thérapeutique. Les informations fournies seront conservées de façon confidentielle et chacune des deux parties, client et thérapeute, n'aura pas accès aux informations fournies par l'autre. La participation à cette étude impliquerait aussi que les enregistrements audiovisuels de certaines séances soient visionnés par le chercheur principal dans le but de pouvoir évaluer la fréquence de survenue des comportements étudiés.

PARTICIPATION VOLONTAIRE ET DROIT DE RETRAIT

La participation à cette étude est entièrement volontaire et les participants (stagiaires et clients) sont totalement libres, en tout temps, de se retirer du projet sans pénalité.

¹ Le TACIQ ne sera présenté aux stagiaires qu'à la fin de leur suivi avec leur client participant à cette étude.

SURVEILLANCE ÉTHIQUE ET APPROBATION DU PROJET

Le comité d'éthique de la recherche pour les projets étudiants de la Faculté des sciences humaines à l'UQAM a approuvé ce projet de recherche et assure le suivi. Le comité de régie du CSP, sous la direction de Madame Isabelle Rouleau, a également approuvé ce projet.

CONSENTEMENT

Je déclare avoir lu le présent avis, particulièrement quant à la nature du projet de recherche intitulé : *«Compréhension des éléments contribuant à l'établissement et au maintien de l'alliance thérapeutique. Étude exploratoire comparant les points de vue des clients, des thérapeutes et d'un observateur externe»*.

En signant ce formulaire j'autorise mes stagiaires intéressé(e)s par cette étude à y participer volontairement, s'ils/elles le désirent.

En signant ce formulaire, je ne libère pas les chercheurs, ou l'Université du Québec à Montréal de leur responsabilité civile et professionnelle.

Nom du superviseur

Signature du superviseur

Date

ANNEXE J

LETTRE POUR AUTORISER LE CHERCHEUR PRINCIPAL À
COMMUNIQUER AVEC LES CLIENTS

Projet de recherche doctorale au CSP

Accepteriez-vous qu'un(e) chercheur(e) de l'UQAM communique avec vous afin de vous présenter un projet de recherche doctorale, portant sur le processus thérapeutique, et de solliciter votre participation à ce projet?

À noter : Vous êtes totalement libre de participer ou non à la recherche. Votre décision n'affectera en rien ni les services que vous pourriez recevoir au Centre, ni votre relation avec votre thérapeute, ou avec la direction du Centre.

Oui, j'accepte

Non, je n'accepte pas

Si vous acceptez, veuillez, s'il vous plaît, inscrire vos coordonnées ci-dessous pour qu'un(e) chercheur(e) puisse vous contacter prochainement.

Prénom _____

Nom de famille _____

Numéro de téléphone résidentiel

Numéro de téléphone cellulaire

Peut-on laisser un message? Oui Non

Peut-on laisser un message? Oui Non

Numéro de téléphone au travail

Autre numéro de téléphone

Peut-on laisser un message? Oui Non

Peut-on laisser un message? Oui Non

Adresse courriel _____

Nom du client

Signature du client

Date

Nom du stagiaire

Signature du stagiaire

Date

ANNEXE K

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT POUR CLIENT

UQAM**FORMULAIRE D'INFORMATION ET DE
CONSENTEMENT¹****(CLIENT)****Titre du projet de recherche**

Compréhension des éléments contribuant à l'établissement et au maintien de l'alliance thérapeutique². Étude exploratoire comparant les points de vue des clients, des thérapeutes et d'un observateur externe.

Chercheurs responsables du projet

Hussam Sabouni, candidat au doctorat au département de psychologie de l'UQAM.

Marc-Simon Drouin, PhD., Professeur et directeur du département de psychologie de l'UQAM.

André Achim, PhD., Professeur au département de psychologie de l'UQAM.

PRÉAMBULE

Bien que vous conserviez une copie de ce formulaire, avant d'accepter de participer à ce projet, veuillez prendre le temps de lire, de comprendre et de considérer les renseignements qui suivent. Le présent document peut contenir des termes que vous ne comprenez pas. Nous vous invitons à poser toutes les questions que vous jugez utiles au chercheur et à lui demander de vous expliquer les éléments qui ne sont pas clairs.

¹ L'expression *sujet de recherche* couvre la notion de participant de recherche. Le genre masculin employé pour alléger le texte désigne autant les femmes que les hommes.

² L'expression *alliance thérapeutique* désigne la relation thérapeutique entre un client et son thérapeute.

PARTIE I : INFORMATION

NATURE ET OBJECTIF DU PROJET DE RECHERCHE Cette recherche vise à mieux comprendre les éléments contribuant à l'établissement et au maintien du lien thérapeutique. Ceci pourrait nous aider à améliorer la qualité de formation offerte aux futurs psychologues dans le but de favoriser l'obtention de meilleurs résultats thérapeutiques. Pour ce faire, nous souhaitons connaître vos impressions vis-à-vis votre expérience avec votre thérapeute au Centre de Services Psychologiques (CSP) à l'UQAM. Au cours d'une période d'environ 2 ans, 30 personnes âgées de plus de 18 ans seront recrutées, parmi les clients consultant au CSP à l'UQAM.

VOTRE PARTICIPATION Si vous acceptez de participer à cette étude, le chercheur responsable du projet, ou son assistant(e) vous rencontrera au CSP. Votre participation consistera en :

- (1) Une première entrevue d'environ 20 minutes avec la personne qui expliquera le projet de recherche. Durant cette entrevue vous serez invité à compléter un questionnaire sur place.
- (2) Par la suite, votre thérapeute vous donnera une enveloppe cachetée contenant 3 questionnaires à trois reprises : à la fin de la 3^{ème} séance, à la fin de la 7^{ème} séance et à la fin de l'avant dernière séance. Vous serez invité à compléter ces questionnaires, dans la salle d'attente du CSP, et à les remettre dans une autre enveloppe, que vous cachèterez et déposerez au secrétariat du Centre, au plus tard un jour après avoir reçu les questionnaires, à l'attention du chercheur principal. Le temps estimé pour compléter les 3 questionnaires varie d'une personne à une autre. De façon approximative, ceci pourrait prendre entre 10 et 20 minutes.
- (3) Un dernier entretien avec le chercheur principal ou son assistant(e) pourrait être prévu à la fin de votre processus thérapeutique, dans le but de vous expliquer de façon plus détaillée les objectifs spécifiques de ce projet et d'explorer vos impressions et vos commentaires par rapport à votre participation à cette étude. Votre participation à cet entretien est facultative. Celui-ci durerait environ 30 minutes et serait enregistré afin de permettre la codification ultérieure des informations recueillies.

Votre participation implique aussi que vous acceptiez que des enregistrements audiovisuels de certaines rencontres avec votre thérapeute soient utilisés pour les fins de cette recherche. Ainsi, en vertu de votre signature du présent formulaire et de la signature de votre thérapeute d'un formulaire semblable, le chercheur principal peut demander à votre thérapeute de lui fournir, à la fin de son stage, les enregistrements de certaines de vos rencontres.

LES RISQUES Nous considérons qu'il n'y a généralement pas d'effets négatifs provoqués par la participation à cette étude. Par contre, si vous vous sentez quelque

malaise que ce soit lié à votre participation à cette étude n'hésitez pas à en informer aussitôt un des chercheurs responsables du projet¹.

LES AVANTAGES Il se peut que vous ne retiriez aucun bénéfice personnel de votre participation à cette étude. Toutefois, les résultats obtenus contribueront à l'avancement des connaissances dans le domaine de la psychothérapie et à améliorer la qualité de la formation des futurs psychologues.

PARTICIPATION VOLONTAIRE ET DROIT DE RETRAIT Votre participation à cette étude est entièrement volontaire et vous êtes totalement libre de participer ou non au projet de recherche. De plus, vous êtes libre, en tout temps, de vous retirer du projet sans pénalité, sans que cela ne nuise à votre relation avec votre thérapeute et sans que la qualité des interventions que vous recevez n'en soit affectée. Si vous décidez de vous retirer de la recherche, vous pouvez communiquer avec le chercheur principal au numéro de téléphone ou par courriel sans devoir justifier votre décision et sans devoir en informer votre thérapeute. Si vous vous retirez du projet, les informations déjà obtenues dans le cadre de ce projet seront conservées aussi longtemps que nécessaire pour les besoins de la présente étude.

CONFIDENTIALITÉ ET ANONYMAT Toutes les informations que vous fournirez par votre participation à cette étude demeureront strictement confidentielles, et vous ne serez identifié que par un code alphanumérique. Aucune publication ou communication scientifique résultant de cette étude ne renfermera quoi que ce soit qui puisse permettre de vous identifier. Les résultats obtenus dans le cadre de ce projet seront diffusés sous forme de données totalement anonyme dans le cadre d'un essai doctoral. Si nous décidons ultérieurement d'utiliser certaines illustrations audiovisuelles extraites des enregistrements des séances pour d'autres fins que la présente étude nous irons chercher votre consentement, sans lequel aucune illustration audiovisuelle, pouvant vous identifier, ne sera utilisée. Les questionnaires que vous allez remplir, ainsi que l'enregistrement de votre dernier entretien avec le chercheur principal ou son assistant(e) seront conservés dans une armoire sous clef et détruits un an après le dépôt de l'essai. Ces matériaux ne seront montrés à personne d'autre qu'au chercheur responsable du projet. Ni votre thérapeute, ni son superviseur n'auront accès à ces matériaux. En conséquence, les informations que vous fournirez dans le cadre de cette étude n'affecteront en rien votre relation avec votre thérapeute. Les enregistrements audiovisuels des séances utilisés dans le cadre de cette recherche

¹ Vous trouvez leurs coordonnées à la page 4 de ce formulaire.

seront remis, après leur usage, au CSP pour qu'il en dispose de la même façon que les autres enregistrements qui ne seront pas utilisés pour cette recherche. Durant son stage, votre thérapeute, ainsi que son superviseur, auront accès aux enregistrements dans le cadre de sa formation. Le chercheur principal du présent projet et son assistant(e) auront également accès à ces enregistrements à la fin du stage de votre thérapeute, en vertu des formulaires de consentement signés par vous et par ce dernier.

SURVEILLANCE DES ASPECTS ÉTHIQUES DU PROJET Le comité d'éthique de la recherche pour les projets étudiants de la Faculté des sciences humaines à l'UQAM a approuvé ce projet de recherche et assure le suivi.

Anik Bergeron

Agente de recherche et de planification

514 987-3000 poste # 3642

PARTIE II : IDENTIFICATION DES PERSONNES RESSOURCES

Voici le nom des chercheurs à contacter pour toute question relative à cette recherche :

Hussam Sabouni

Candidat au doctorat au département de psychologie de l'UQAM.

(514) 987-3000 poste # 6779

Courriel : sabouni.hussam@courrier.uqam.ca

Marc-Simon Drouin

Professeur et directeur du Département de psychologie à l'UQAM

UQAM

C.P.8888, Succ Centre-Ville

Montréal, Qc, H3C 3P8

(514) 987-3000 poste # 7006

Courriel : drouin.marc_simon@uqam.ca

Pour formuler une plainte relative à votre participation à cette recherche vous pouvez communiquer avec :

Marc-Simon Drouin, PhD
 Professeur, et directeur du Département de psychologie à l'UQAM
 UQAM
 C.P.8888, Succ Centre-Ville
 Montréal, Qc, H3C 3P8
 (514) 987-3000 poste # 7006
 Courriel : drouin.marc_simon@uqam.ca

PARTIE III : CONSENTEMENT

Je déclare avoir lu le présent formulaire de consentement, particulièrement quant à la nature du projet de recherche intitulé : «*Compréhension des éléments contribuant à l'établissement et au maintien de l'alliance thérapeutique. Étude exploratoire comparant les points de vue des clients, des thérapeutes et d'un observateur externe*» et aux modalités relatives à ma participation. Je reconnais qu'on m'a expliqué le projet, qu'on a répondu à toutes mes questions et qu'on m'a laissé le temps voulu pour prendre une décision.

Je consens librement et volontairement à participer à ce projet. On me remettra une copie signée du présent formulaire.

En signant ce formulaire, je ne renonce à aucun de mes droits légaux ni ne libère les chercheurs, ou l'Université du Québec à Montréal de leur responsabilité civile et professionnelle.

 Nom du sujet

 Signature du sujet

 Date

J'ai expliqué le but, la nature, les risques et avantages de cette recherche au sujet de recherche et ai répondu à toutes ses questions au meilleur de ma connaissance.

 Nom de la personne
 désignée par le chercheur

 Signature

 Date

RÉFÉRENCES

- Al-Darmaki, F., & Kivlighan, D. M. (1993). Congruence in Client-Counselor Expectations for Relationship and the Working Alliance. *Journal of Counseling Psychology, 40* (4), 379-384.
- Alexander, L. B., & Luborsky, L. (1986). The Penn Helping Alliance Scales. In L. S. Greenberg & W. M. Pinsof (Eds.), *The psychotherapeutic process: A research handbook*. (pp. 325-366): New York, NY, US: Guilford Press.
- Bachelor, A. (1991). Comparison and relationship to outcome of diverse dimensions of the helping alliance as seen by client and therapist. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training, 28*(4), 534-549. doi: 10.1037/0033-3204.28.4.534
- Bachelor, A. (1995). Clients' perception of the therapeutic alliance: A qualitative analysis. *Journal of Counseling Psychology, 42*(3), 323-337. doi: 10.1037/0022-0167.42.3.323
- Bachelor, A., & Salamé, R. (2000). Participants' perceptions of dimensions of the therapeutic alliance over the course of therapy. *Journal of Psychotherapy Practice & Research, 9*(1), 39-53.
- Barrett-Lennard, G. T. (1962). Dimensions of therapist response as causal factors in therapeutic change. *Psychological Monographs: General and Applied, 76*(43), 1-36. doi: 10.1037/h0093918
- Bedi, R. P. (2006). Concept mapping the client's perspective on counseling alliance formation. *Journal of Counseling Psychology, 53*(1), 26-35. doi: 10.1037/0022-0167.53.1.26
- Bedi, R. P., Davis, M. D., & Williams, M. (2005). Critical Incidents in the Formation of the Therapeutic Alliance from the Client's Perspective. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training, 42*(3), 311-323. doi: 10.1037/0033-3204.42.3.311
- Bedi, R.P., & Duff, C.T. (2008, June). A Delphi poll of client-identified therapeutic alliance formation factors. Paper presented at the annual meeting of the Society for Psychotherapy Research, Barcelona, Spain.

- Bedi, R. P., & Duff, C. T. (2014). Client as expert: A Delphi poll of clients' subjective experience of therapeutic alliance formation variables. *Counselling Psychology Quarterly*, 27(1), 1-18. doi:10.1080/09515070.2013.857295
- Bioy, A., Bénony, H., Chahraoui, K., et Bachelart, M. (2012). Évolution du concept d'alliance thérapeutique en psychanalyse, de Freud à Renik. *L'évolution psychiatrique*, 77, 342-351
- Blais, M. A., Jacobo, M. C., & Smith, S. R. (2010). Exploring therapeutic alliance in brief inpatient psychotherapy: A preliminary study. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 17(5), 386-394. doi: 10.1002/cpp.666
- Bordin, E. S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research & Practice*, 16(3), 252-260. doi: 10.1037/h0085885
- Brislin, R. W. (1970). Back-translation for cross-cultural research. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 1(3), 185-216. doi: 10.1177/135910457000100301
- Byrd, K. R., Patterson, C. L., & Turchik, J. A. (2010). Working alliance as a mediator of client attachment dimensions and psychotherapy outcome. *Psychotherapy Theory, Research, Practice, Training*, 47 (4), 631-636.
- Carle, A., Bournival, C., & Drouin, M.-S. (2007). L'autodévoilement du thérapeute: Les aspects déontologiques, éthiques et cliniques. *La Revue québécoise de Gestalt*, 10, 21-46.
- Casey, L. M., Oei, T. P. S., & Newcombe, P. A. (2005). Looking beyond the negatives: A time period analysis of positive cognitions, negative cognitions, and working alliance in cognitive-behavior therapy for panic disorder. *Psychotherapy Research*, 15, 55-68.
- Castonguay, L.G., & Beutler, L.E. (Eds.). (2006). *Principles of therapeutic change that work*. New York: Oxford University Press.
- Castonguay, L. G., Constantino, M. J., & Holtforth, M. G. (2006). The working alliance: Where are we and where should we go? *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 43(3), 271-279. doi: 10.1037/0033-3204.43.3.271

- Corbière, M., Bisson, J., Lauzon, S., & Ricard, N. (2006). Factorial validation of a French short-form of the Working Alliance Inventory. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, *15*(1), 36-45. doi: 10.1002/mpr.27
- Crits-Christoph, P., Connolly Gibbons, M.B., Hamilton, J., Ring-Kurtz, S. & Gallop, R. (2011). The dependability of alliance assessments : The alliance-outcome correlation is larger than you might think. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *79* (3), 267-278.
- Duff, C. T., & Bedi, R. P. (2010). Counsellor behaviours that predict therapeutic alliance: From the client's perspective. *Counselling Psychology Quarterly*, *23*(1), 91-110. doi: 10.1080/09515071003688165
- Fitzpatrick, M. R., Iwakabe, S., & Stalikas, A. (2005). Perspective divergence in the working alliance. *Psychotherapy Research*, *15*, 69-79.
- Fitzpatrick, M. R., Janzen, J., Chamodraka, M., Gamberg, S., & Blake, E. (2009). Client relationship incidents in early therapy: Doorways to collaborative engagement. *Psychotherapy Research*, *19*(6), 654-665. doi: 10.1080/10503300902878235
- Fitzpatrick, M. R., Janzen, J., Chamodraka, M., & Park, J. (2006). Client critical incidents in the process of early alliance development: A positive emotion-exploration spiral. *Psychotherapy Research*, *16*(4), 486-498. doi: 10.1080/10503300500485391
- Flynn, R. J., Aubry, T. D., Guindon, S., Tardif, I., Viau, M., & Gallant, A. (2002). Validation d'une version française du Outcome Questionnaire et évaluation d'un service de counselling en milieu clinique. *Canadian Journal of Program Evaluation*, *17*(3), 57-74
- Fresco, D. M., Alloy, L. B., & Reilly-Harrington, N. (2006). Association of attributional style for negative and positive events and the occurrence of life events with depression and anxiety. *Journal of Social and Clinical Psychology*, *25*, 1140-1159.
- Freud, S. (1912/1966). The dynamics of transference. In J. Strachey (Ed.), *The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud*, Vol. 12. London: Hogarth Press.
- Freud, S. (1953). *De la technique psychanalytique trad. de l'allemand par Anna Berman*. Paris: Paris Presses universitaires de France

- Gaston, L. (1990). The concept of the alliance and its role in psychotherapy: Theoretical and empirical considerations. *Psychotherapy, 27*, 143-153.
- Gelso, C. J., & Carter, J. A. (1985). The relationship in counseling and psychotherapy: Components, consequences, and theoretical antecedents. *The Counseling Psychologist, 13*(2), 155-243. doi: 10.1177/0011000085132001
- Greenson, R. R. (1965). The working alliance and the transference neuroses. *Psychoanalysis Quarterly, 34*, 155-181.
- Greenson, R. R. (1977). *Technique et pratique de la psychanalyse*. Paris : Presses Universitaires de France
- Hatcher, R.L., & Barends, A.W. (1996). Patient's View of the Alliance in Psychotherapy : Exploratory Factor Analysis of Three Alliance Measures. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 64* (6), 1326-1336.
- Hatcher, R. L., & Barends, A. W. (2006) How a return to theory could help alliance research. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training, 43*, 292–299.
- Hatcher, R. L., Barends, A., Hansell, J., & Gutfreund., M. J. (1995). Patients' and therapists' shared and unique views of the therapeutic alliance: An investigation using confirmatory factor analysis in a nested design. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 63*, 636-643.
- Horvath, A. O. (2001). The alliance. *Psychotherapy, 38*, 365-373..
- Horvath, A. O., & Bedi, R. P. (2002). The alliance. In John C. Norcross (Ed.), *Psychotherapy relationships that work: Therapist contributions and responsiveness to patients*. (p. 37-69): New York, NY, US: Oxford University Press.
- Horvath, A. O., Del Re, A.C., Flückiger, C., & Symonds, D. (2011). Alliance in individual psychotherapy. *Psychotherapy, 48* (1), 9-16.
- Horvath, A. O., & Greenberg, L. S. (1989). Development and validation of the Working Alliance Inventory. *Journal of Counseling Psychology, 36*(2), 223-233. doi: 10.1037/0022-0167.36.2.223
- Horvath, A. O., & Symonds, B. D. (1991). Relation between working alliance and outcome in psychotherapy: A meta-analysis. *Journal of Counseling Psychology, 38*(2), 139-149. doi: 10.1037/0022-0167.38.2.139

- Ilardi, S. S., & Craighead, W. E. (1994). The role of nonspecific factors in cognitive-behavior therapy for depression. *Clinical Psychology: Science and Practice, 1*, 138-156.
- Kivlighan Jr, D. M. (2007). Where is the relationship in the research on the alliance? Two methods for analysing dyadic data. *Journal of Counseling Psychology, 54* (4), 423-433
- Kivlighan, D. M., & Shaughnessy, P. (1995). Analysis of the development of the working alliance using hierarchical linear modeling. *Journal of Counseling Psychology, 42*, 338-349.
- Kohut, H. (1971). *The analysis of the self a systematic approach to the psychoanalytic treatment of narcissistic personality disorders*. New York: New York International Universities Press.
- Kohut, H. (1974). *Le soi la psychanalyse des transferts narcissiques*. Paris: Paris Presses universitaires de France.
- Kohut, H. (1984). *How Does Analysis Cure?*. Chicago: University of Chicago Press.
- Kokotovic, A. M., & Tracey, T. J. (1990). Working alliance in the early phase of counselor. *Journal of Counseling Psychology, 37*, 16-21.
- Krupnick, J. L., Sotsky, S. M., Simmens, S., Moyer, J., Elkin, I., Watkins, J., & Pilkonis, P. A. (1996). The role of the therapeutic alliance in psychotherapy and pharmacotherapy outcome: Findings in the National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 64*(3), 532-539. doi: 10.1037/0022-006x.64.3.532
- Lalande, G., Émond, C, Savard, K., Boisvert, N., & Simard, V. (2005, Mai). *Qualités psychométriques de la Mini Mesure d Impact (MI-10) version francophone du Mini Outcome Questionnaire (OQ-10.2)*. Communication présentée au 73e congrès de l'ACFAS, Chicoutimi.
- Lambert, M. J., & Burlingame, G.M. (1996a). *Outcome Questionnaire (OQ 45.2)*. Stevenson, NM: American Professional Credentialing Services.
- Lambert, M. J., & Burlingame, G.M. (1996b). *Outcome Questionnaire (OQHAI-22)*. Stevenson, NM: American Professional Credentialing Services.

- Lambert, M. J., Okiishi, J. C., Finch, A. E., & Johnson, D. J. (1998). Outcome assessment: From conceptualization to implementation. *Professional Psychology: Research and Practice, 29*, 63–70.
- Lambert, M. J., Smart, D. W., Campbell, M. P., Hawkins, E. J., Harmon, C., & Slade, K. L. (2006). Psychotherapy outcome, as measured by the OQ-45, in african american, asian/pacific islander, latino/a, and native american clients compared with matched caucasian clients. *Journal of College Student Psychotherapy, 20* (4), 17-29.
- Lamontagne, É. (2016). *Perception par les clients des composantes d'une relation thérapeutique positive* (Thèse de doctorat inédite). Université de Sherbrooke. Repéré à http://savoirs.usherbrooke.ca/bitstream/handle/11143/8355/Lamontagne_Emilie_DPs_2016.pdf?sequence=1
- Levitt, H., Butler, M., & Hill, T. (2006). What clients find helpful in psychotherapy: Developing principles for facilitating moment-to-moment change. *Journal of Counseling Psychology, 53*(3), 314-324. doi:10.1037/0022-0167.53.3.314
- Luborsky, L. (1976). Helping alliances in psychotherapy. Dans J. L. Claghorn (dir.), *Successful psychotherapy* (p. 92-116). New York: Brunner/Mazel.
- Luborsky, L. (1996). *Principes de psychothérapie analytique manuel de psychothérapie de soutien et d'expression*. Paris: Paris Presses universitaires de France.
- Luborsky, L., Crits-Christoph, P., Alexander, L., Margolis, M., & Cohen, M. (1983). Two helping alliance methods for predicting outcomes of psychotherapy: A counting signs vs. a global rating method. *Journal of Nervous and Mental Disease, 171*, 480-490. doi: 10.1097/00005053-198308000-00005
- Luborsky, L., McLellan, A. T., Woody, G. E., O'Brien, C. P., & Auerbach, A. (1985). Therapist success and its determinants. *Archives of General Psychiatry, 42*, 602-611.
- Mallinckrodt, B. (1991). Clients' representations of childhood emotional bonds with parents, social support, and formation of the working alliance. *Journal of Counseling Psychology, 38*, 401-409.

- Mallinckrodt, B., & Nelson, M. L. (1991). Counselor training level and the formation of the psychotherapeutic working alliance. *Journal of Counseling Psychology, 38*(2), 133-138. doi: 10.1037/0022-0167.38.2.133
- Marmar, C. R., Weiss, D. S., & Gaston, L. (1989). Toward the validation of the California Therapeutic Alliance Rating System. *Psychological Assessment: A Journal of Consulting and Clinical Psychology, 1*(1), 46-52. doi: 10.1037/1040-3590.1.1.46
- Martin, D. J., Garske, J. P., & Davis, M. K. (2000). Relation of the therapeutic alliance with outcome and other variables: A meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 68*(3), 438-450. doi: 10.1037/0022-006x.68.3.438
- Marziali, E. (1984). Three viewpoints on the therapeutic alliance: Similarities, differences, and associations with psychotherapy outcome. *Journal of Nervous and Mental Disease, 172*(7), 417-423. doi: 10.1097/00005053-198407000-00008
- Moras, K., & Strupp, H. H. (1982). Pretherapy interpersonal relations, patients' alliance, and outcome in brief therapy. *Archives of General Psychiatry, 39*, 405-409.
- Muran, J. C., & Barber, J. P. (2010). *The therapeutic alliance: An evidence-based guide to practice*. New York, NY, US: Guilford Press.
- Norcross, J. C. (2002). *Psychotherapy Relationships that Work: Therapist Contributions and Responsiveness to Patient Needs*. New York, NY, US: Oxford University Press.
- O'Malley, S. S., Suh, C. S., & Strupp, H. H. (1983). The Vanderbilt Psychotherapy Process Scale: A report on the scale development and a process-outcome study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 51*, 581-586.
- Peterson, C., Bettes, B. A., & Seligman, M. E. P. (1985). Depressive symptoms and unprompted causal attributions: Content analysis. *Behavioral Research & Theory, 23*, 379-382.
- Polit, D. F. & Beck, C. T. (2010). Generalization in quantitative and qualitative research: Myths and strategies. *International Journal of Nursing Studies, 47*, 1451-1458

- Rogers, C. R. (1957). The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. *Journal of Consulting Psychology, 21*, 95-103.
- Safran, J. D., & Muran, J. C. (2000). *Negotiating the therapeutic alliance: A relational treatment guide*. New York, NY, US: Guilford Press.
- Salvio, M.-A., Beutler, L. E., Wood, J. M., & Engle, D. (1992). The strength of the therapeutic alliance in three treatments for depression. *Psychotherapy Research, 2*(1), 31-36.
- Samstag, L. W., Batchelder, S. T., Muran, J. C., Safran, J. D., & Winston, A. (1998). Early identification of treatment failures in short-term psychotherapy: An assessment of therapeutic alliance and interpersonal behavior. *Journal of Psychotherapy Practice and Research, 7*, 126-143.
- Saunders, S. M., Howard, K. I., & Orlinsky, D. E. (1989). The Therapeutic Bond Scales: Psychometric characteristics and relationship to treatment effectiveness. *Psychological Assessment: A Journal of Consulting and Clinical Psychology, 1*(4), 323-330. doi: 10.1037/1040-3590.1.4.323
- Savard, K. (2009). *Qualités psychométriques de la Mesure d'Impact (MI-45) version francophone du Outcome Questionnaire (OQ-45.2) visant à mesurer l'efficacité de la psychothérapie* (Mémoire de maîtrise inédit). Université du Québec à Trois-Rivières. Repéré à <http://constellation.uqac.ca/127/1/030123658.pdf>
- Sexton, H. C., Hembre, K., & Kvarme, G. (1996). The interaction of the alliance and therapy microprocess: A sequential analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 64*, 471-480.
- Skovholt, T. M. & Ronnestad, M. H. (1992). *The evolving professional self stages and themes in therapist and counselor development*. Chichester ; Toronto: Chichester ; Toronto J. Wiley.
- Sterba, R. (1934). The fate of the ego in analytic therapy. *International Journal of Psychoanalysis, 15*, 117-126
- Tang, T., & DeRubeis, R. (1999). Sudden gains and critical sessions in cognitivebehavioral therapy for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 67*(6), 894-904.

- Tracy, S. J. (2013). *Qualitative research methods: Collecting evidence, crafting analysis, communicating impact*. Chichester, West Sussex, UK: Wiley-Bleackwell.
- Tracey, T. J., & Dundon, M. (1988). Role anticipations and preferences over the course of counseling. *Journal of Counseling Psychology, 35*, 3-14.
- Tracey, T. J., & Kokotovic, A. M. (1989). Factor structure of the Working Alliance Inventory. *Psychological Assessment: A Journal of Consulting and Clinical Psychology, 1*(3), 207-210. doi: 10.1037/1040-3590.1.3.207
- Tryon, G. S., Blackwell, S. C., & Hammel, E. F. (2007). A meta-analysis examination of client-therapist perspectives of the working alliance, *Psychotherapy Research, 17*, 629-642.
- Villejoubert, G. (2005). Could they have known better? Review of the special issue of memory on the Hindsight Bias. *Applied Cognitive Psychology, 19*, 140-143.
- Wells, G. M., Burlingame, G. M., Lambert, M. J., Hoag, M. J., & Hope, C. A. (1996). Conceptualization and measurement of patient change during psychotherapy: Development of the Outcome Questionnaire and Youth Outcome Questionnaire. *Psychotherapy, 33*, 275-283.
- Winnicott, D. W. (1965). *The maturational processes and the facilitating environment studies in the theory of emotional development*. New York: New York International Universities Press
- Winnicott, D. W. (1969). *De la pédiatrie à la psychanalyse*. Paris: Payot
- Zetzel, E. (1956). Current concepts of transference. *Inter-national Journal of Psychoanalysis, 37*, 369-375.