

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES

VALIDATION DU QUESTIONNAIRE SUR LES AMÉNAGEMENTS AU CADRE  
EN PSYCHOTHÉRAPIE (QACP)

ESSAI DE 3<sup>e</sup> CYCLE PRÉSENTÉ  
COMME EXIGENCE PARTIELLE DU  
DOCTORAT CONTINUUM D'ÉTUDES EN PSYCHOLOGIE  
(PROFIL INTERVENTION)

PAR  
KATRINE LALIBERTÉ

AOÛT 2025

Université du Québec à Trois-Rivières

Service de la bibliothèque

Avertissement

L'auteur de ce mémoire, de cette thèse ou de cet essai a autorisé l'Université du Québec à Trois-Rivières à diffuser, à des fins non lucratives, une copie de son mémoire, de sa thèse ou de son essai.

Cette diffusion n'entraîne pas une renonciation de la part de l'auteur à ses droits de propriété intellectuelle, incluant le droit d'auteur, sur ce mémoire, cette thèse ou cet essai. Notamment, la reproduction ou la publication de la totalité ou d'une partie importante de ce mémoire, de cette thèse et de son essai requiert son autorisation.

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES

DOCTORAT CONTINUUM D'ÉTUDES EN PSYCHOLOGIE  
(PROFIL INTERVENTION) (D.Ps.)

**Direction de recherche :**

---

Dominick Gamache, Ph. D. Université du Québec à Trois-Rivières	directeur de recherche
---	------------------------

---

Julie Maheux, Ph. D. Université du Québec à Trois-Rivières	codirectrice de recherche
---	---------------------------

**Jury d'évaluation :**

---

Dominick Gamache, Ph. D. Université du Québec à Trois-Rivières	directeur de recherche
---	------------------------

---

Suzanne Léveillé, Ph. D. Université du Québec à Trois-Rivières	évaluatrice interne
---	---------------------

---

Marc-Simon Drouin, Ph. D. Université du Québec à Montréal	évaluateur externe
--	--------------------

## Sommaire

L'étude porte sur la validation du *Questionnaire sur les aménagements au cadre en psychothérapie* (QACP). L'outil s'adresse à une population de thérapeutes autorisé·es à exercer la psychothérapie. S'appuyant sur le modèle de Zachrisson (2014), le QACP mesure les aménagements au cadre psychothérapeutique en termes de types (assouplissements, transgressions et violations) et d'intensité. La version préliminaire du QACP a été révisée par un comité d'experts. Il a ensuite été administré à un échantillon de 164 thérapeutes et étudiant·es autorisé·es à exercer la psychothérapie. Dans une perspective de validation du QACP, les thérapeutes participant·es ont complété une batterie de questionnaire comprenant : (1) un questionnaire sociodémographique; (2) une mesure de désirabilité sociale; (3) une mesure du contre-transfert; et (4) une mesure de la mentalisation des thérapeutes. La fréquence de chaque aménagement au cadre a été documentée. Les analyses factorielles exploratoires (AFE) ont permis de dégager plusieurs solutions factorielles. La solution à sept facteurs a été retenue, puisqu'elle est la plus satisfaisante sur les plans statistique et clinique. La cohérence interne de l'outil (oméga de McDonald, 1999) a été calculée. Les propriétés psychométriques du QACP sont discutées.

## Table des matières

Sommaire .....	iii
Liste des tableaux .....	xi
Remerciements .....	xiii
Introduction .....	1
Contexte théorique .....	6
Définition du cadre psychothérapeutique et de ses fonctions .....	7
Éléments constitutifs du cadre psychothérapeutique .....	9
Cadre externe .....	9
Espace et temps .....	9
Relation thérapeutique .....	10
Cadre interne .....	11
Cadre psychothérapeutique en contexte de télépsychologie .....	11
Temps .....	13
Espace .....	14
Évaluation de la disposition des client·es à la télépsychologie .....	15
Gestion des urgences .....	16
Gestion des communications .....	16
Bris de cadre en psychothérapie .....	18
Définition des bris de cadre en psychothérapie .....	18
Prévalence des bris de cadre en psychothérapie .....	21
Conséquences possibles des bris de cadre en psychothérapie .....	23

Contre-transfert .....	24
Perspective classique .....	24
Perspective totalistique .....	25
Perspective complémentaire .....	26
Perspective relationnelle .....	26
Contre-transfert et gestion du cadre psychothérapeutique.....	27
Mentalisation.....	28
Axes de la mentalisation .....	28
Axe implicite-explicite .....	29
Mentalisation soi-autres .....	30
Axe interne-externe.....	30
Axe cognitif-affectif .....	31
Mentalisation et autres concepts connexes : distinctions conceptuelles.....	33
Cécité mentale (mindblindness).....	34
Conscience psychologique (psychological mindedness) et insight .....	36
Théorie de l'esprit (theory of mind) .....	36
Métacognition .....	37
Pleine conscience (mindfulness).....	38
Alexithymie .....	39
Empathie .....	39
Intelligence émotionnelle.....	40
Rationalité .....	41

Imagination .....	41
Mentalisation en contexte relationnel .....	42
Modes de non-mentalisation .....	44
Mode d'équivalence psychique .....	44
Mode téléologique .....	45
Mode « faire-semblant » .....	45
Mentalisation chez les thérapeutes.....	46
Présentation des relations entre les variables à l'étude .....	48
Liens entre la gestion du cadre psychothérapeutique, le contre-transfert et la mentalisation .....	48
Profil sociodémographique des thérapeutes et aménagements du cadre psychothérapeutique .....	50
Bris de cadre sexuels.....	50
Bris de cadre nonsexuels.....	51
Propension générale aux bris de cadre.....	53
Désirabilité sociale et prise de conscience des aménagements au cadre psychothérapeutique .....	54
Revue critique des instruments mesurant les aménagements au cadre psychothérapeutique perçus et rapportés .....	55
<i>Exploitation Index</i> (EI; Epstein & Simon, 1990; validation initiale par Epstein et al., 1992) .....	64
Questionnaire sans nom (Pope et al., 1979).....	64
Questionnaire sans nom (Stake & Oliver, 1991) .....	64
Questionnaire sans nom de Kardener et al. (1973), administré par Holroyd et Brodsky (1977) .....	65

Questionnaire sans nom (Pope et al., 1987).....	65
Questionnaire sans nom (Hutchinson, 1991) .....	65
<i>Therapeutic Practices Survey</i> (Borys & Pope, 1989).....	65
<i>Boundary Violation Index</i> (BVI; Swiggart et al., 2008) .....	66
<i>Survey of Applied Sport Psychologists</i> (SASP; Moles, 2014) .....	66
Questionnaire sans nom (Gartrell et al., 1986) .....	66
Questionnaire sans nom (Hines et al., 1998) .....	66
Questionnaire sans nom (Parsons & Wincze, 1995).....	67
<i>Boundaries in Practice Scale</i> (BIP; Kendall et al., 2011) .....	67
Questionnaire sur les aménagements au cadre en psychothérapie (QACP) .....	69
QACP – version 1 (Blais-Côté et al., 2016; Laliberté et al., 2017) .....	69
Description.....	69
Processus d’élaboration et de validation.....	70
Propriétés psychométriques .....	70
QACP – version 2 (Laliberté, 2020) .....	71
Description.....	72
Processus d’élaboration et de validation.....	72
Forces et limites de la version actuelle du QACP (Blais-Côté et al., 2016; Laliberté, 2020; Laliberté et al., 2017) .....	74
Objectifs de l’étude et analyses statistiques prévues .....	74
Méthode.....	77
Déroulement.....	78



Certification éthique.....	78
Recrutement .....	78
Participant·es.....	80
Instruments.....	91
Questionnaire sociodémographique (QSD; Laliberté, 2022).....	91
Questionnaire sur les aménagements au cadre en psychothérapie (QACP).....	91
Échelle de désirabilité sociale de Crowne-Marlowe (EDSCM; Crowne & Marlowe, 1960), traduction française par Blais et al. (1991) .....	92
<i>Feeling Word Checklist 58</i> (FWC-58; Røssberg et al., 2003), traduction française par Lapointe, 2017). .....	94
<i>Mentalization Scale</i> – version francophone (MentS; Dimitrijević et al., 2018), traduction française de Morin et Meilleur (2018) .....	96
Processus de révision du QACP et analyses statistiques prévues .....	97
Résultats .....	101
Attrition de la participation .....	102
Nettoyage et analyse initiale des données.....	103
Procédure de nettoyage .....	104
Identification des données improbables.....	104
Identification des données manquantes .....	104
Statistiques descriptives .....	104
Fréquence des aménagements au cadre psychothérapeutique .....	113
Analyse factorielle exploratoire du QACP .....	123
Sélection préliminaire des items .....	123

Sélection de la solution factorielle finale et identification des facteurs.....	125
Corrélations entre les facteurs.....	130
Cohérence interne du QACP.....	134
Postulats .....	134
Cohérence interne globale, par facteur et en cas de suppression d'un item ....	134
Items critiques .....	136
Validité convergente .....	136
Associations avec l'EDSCM.....	136
Corrélations entre le score total de l'EDSCM et le QACP (score total et items critiques).....	139
Corrélations entre le score total de l'EDSCM et les facteurs du FWC-58 .....	140
Corrélations entre le score total de l'EDSCM et le MentS (score total et par facteurs) .....	141
Associations entre le QACP et le QSD.....	141
Corrélations entre le score total du QACP et les items du QSD.....	141
Corrélations entre les items critiques du QACP et les items du QSD .....	142
ANOVA entre les items critiques du QACP et les items du QSD .....	147
Associations entre le QACP et le FWC-58.....	159
Corrélations entre le score total du QACP et scores par facteurs du FWC-58 .....	159
Corrélations entre les items critiques du QACP et scores par facteur du FWC-58 .....	160
Associations entre le QACP et le MentS .....	162
Corrélations entre le score total du QACP et score total et par facteur du MentS.....	162

Corrélations entre les items critiques du QACP et score total et par facteur du MentS.....	162
Discussion .....	165
Implications pratiques de l'étude .....	174
Forces de l'étude .....	176
Limites méthodologiques de l'étude .....	177
Manque de puissance .....	178
Fidélité test-retest non documentée .....	180
Inflation de l'erreur de type I.....	180
Limites conceptuelles de l'étude.....	181
Conclusion .....	183
Références .....	186
Appendice A Structure factorielle du QACP – version 1 (volet général).....	210
Appendice B Structure factorielle du QACP – version 2 (volet spécifique) .....	214
Appendice C Affiche pour le recrutement .....	219
Appendice D Formulaire de consentement .....	221
Appendice E Questionnaire sociodémographique (QSD; Laliberté, 2022) .....	226
Appendice G Échelle de désirabilité sociale de Crowne-Marlowe (EDSCM; Crowne & Marlowe, 1960), traduction française par Blais et al. (1991).....	241
Appendice H <i>Feeling Word Checklist 58</i> (FWC-58; Røssberg et al., 2003), traduction française par Lapointe (2017) .....	245
Appendice I <i>Mentalization Scale</i> – version francophone (MentS; Dimitrijević et al., 2018), traduction française de Morin et Meilleur (2018).....	247

## Liste des tableaux

### Tableau

1	Tableau synthèse des convergences et des divergences entre les notions connexes à la mentalisation selon les axes de la mentalisation .....	35
2	Propriétés psychométriques mesurées et analyse critique des outils sur les aménagements au cadre psychothérapeutique .....	56
3	Caractéristiques sociodémographiques de l'échantillon final (N = 164).....	83
4	Moyenne, écart-type, valeurs minimales et maximales des 109 items initiaux du QACP.....	105
5	Items du QACP en ordre décroissant selon la fréquence.....	114
6	Processus de sélection des items pour l'AFE .....	124
7	Solution factorielle exploratoire finale du QACP .....	126
8	Corrélations entre les facteurs du QACP .....	131
9	Indices d'ajustement des solutions factorielles à cinq, six ou sept facteurs du QACP .....	133
10	Oméga global, par facteur et en cas de suppression d'un item du QACP .....	135
11	Items critiques du QACP .....	137
12	Corrélations bivariées de Spearman entre le score total à l'EDSCM et le QACP (items critiques et score total) .....	139
13	Corrélations entre le score total à l'EDSCM et les facteurs du FWC-58 .....	140
14	Corrélations entre le score total de l'EDSCM et le MentS (score total et par facteurs).....	141
15	Corrélations de Spearman entre les items critiques QACP et les items du QSD.....	143
16	Effets omnibus F' entre les items critiques du QACP et les items du QSD ....	148
17	Comparaison de moyennes post-hoc pour le statut marital des thérapeutes....	151

18	Comparaison de moyennes post-hoc pour la profession des thérapeutes (recatégorisée).....	152
19	Comparaisons de moyennes post-hoc pour le milieu de pratique des thérapeutes .....	153
20	Comparaison de moyennes post-hoc pour le lieu de pratique des thérapeutes .....	154
21	Comparaison de moyennes post-hoc pour la nature de la relation de supervision des thérapeutes.....	155
22	Comparaison de moyennes post-hoc pour la nature de la relation de supervision des thérapeutes (recatégorisée).....	156
23	Corrélations entre le score total au QACP et les scores par facteurs du FWC-58.....	160
24	Corrélations de Spearman entre les items critiques du QACP et les scores par facteurs du FWC-58.....	161
25	Corrélations de Spearman entre les items critiques du QACP et le MentS .....	164

## **Remerciements**

Je tiens à souligner la contribution de mes directeur·rices de recherche, Dominick Gamache et Julie Maheux. Je les remercie pour leur expertise, autant clinique qu'en recherche qui, j'en suis convaincue, a grandement enrichi mon parcours doctoral. Je suis reconnaissante de leur soutien inconditionnel et de leurs encouragements sincères. Merci à David pour tes judicieux conseils de rédaction. Ils ont bonifié la qualité de cet essai.

Ce projet est le fruit de nombreuses rencontres nourrissantes tout au long de mon parcours universitaire. Je pense à mes amies du baccalauréat en psychologie Audrey-Ann, Sophie et Julie avec qui j'ai réalisé la première version du QACP. Je remercie au passage les professeurs Olivier Laverdière et Jean Descôteaux qui ont encadré mes premiers pas en recherche dans ce contexte. Merci aussi à d'autres professeur·es et chargé·es de cours significatif·ves du baccalauréat (Philippe, Audrey, Patrick, Nicolas, et plusieurs autres) et du doctorat (Guylaine, Michel, Suzanne, Victor-Olivier, et plusieurs autres).

Je tiens à souligner l'apport crucial de ma formation clinique au doctorat. Ces expériences m'ont forgée comme future psychologue, notamment en me sensibilisant aux enjeux éthiques et déontologiques découlant de la gestion du cadre psychothérapeutique. À ce titre, je remercie les superviseur·es et thérapeutes que j'ai côtoyé·es dans le cadre de mes stages à la clinique universitaire de Trois-Rivières (CUSP), au GMF-U des Deux-Rives et à la clinique l'Interaction de Sherbrooke.

Je remercie du fond du cœur mes ami·es du doctorat à l'Université du Québec à Trois-Rivières (Jessica B, Pascale, Julie, Ariane, et plusieurs autres) et du baccalauréat (Audrey-Ann, Sophie, Julie, Jessica L, Lou, Isabelle et plusieurs autres). Merci pour votre humanité et pour les bons moments. Merci au Cercle des ami·es de l'alpha de Cronbach qui m'a transmis un amour profond des statistiques. Merci à Thèsez-Vous qui m'a offert un espace de rédaction et des encouragements bien nécessaires en fin de rédaction. Merci à mes ami·es de la grande famille de Thèsez-Vous Jessica BB et Anne-Sophie C pour n'en nommer que quelques-un·es. J'ai tellement eu du plaisir à rédiger avec vous.

Je tiens à souligner tout l'amour reçu par mes proches. Merci à ma famille et à mes ami·es pour leurs encouragements et leur soutien indéfectibles.

Finalement, je souhaite exprimer toute ma gratitude et mon amour pour mon conjoint Laurent qui a été à mes côtés tout au long de mon parcours universitaire. Merci de m'avoir soutenue dans les moments les plus difficiles et d'avoir continué à croire en moi.

## **Introduction**



Le cadre en psychothérapie est une composante essentielle à la bonne marche du processus psychothérapeutique (Gabbard, 2016; Ordre des psychologues du Québec [OPQ], 2008). Il est délimité par des frontières déontologiques et éthiques. Ces frontières définissent la limite entre les pratiques professionnelles qui sont appropriées et celles qui sont potentiellement nuisibles. Le caractère thérapeutique de la psychothérapie repose notamment sur la mise en place et la gestion d'un cadre thérapeutique approprié (Ordre des psychologues du Québec [OPQ], 2008). Les thérapeutes sont en tout temps responsables de la gestion du cadre via la mise en place d'aménagements, et ce, même s'il peut arriver que certain·es client·es tentent d'en outrepasser les limites.

Le cadre psychothérapeutique s'inscrit dans une relation intrinsèquement asymétrique (Pope & Vasquez, 2011). Les client·es se placent en situation de vulnérabilité face à leur thérapeute dans l'espoir d'aller mieux (Allen, 2021; Pope & Vasquez, 2011). Cette marque de confiance confère un pouvoir aux thérapeutes sur la relation thérapeutique. L'exercice de la psychothérapie dépend de l'usage éclairé de ce pouvoir via des aménagements au cadre dans l'intérêt primordial des client·es.

Les aménagements varient en termes de types et de gravité (assouplissements, transgressions et violations; Gabbard, 2005; Zachrisson, 2014). La mise en place d'aménagements au cadre problématiques, appelés bris de cadre, peuvent entraîner des conséquences délétères pour les client·es (p. ex., détresse psychologique, exacerbation de problèmes psychologiques, perte de confiance envers les professionnel·les), pour les thérapeutes (p. ex., crise professionnelle, plaintes, perte du permis de pratique) et pour le processus psychothérapeutique (p. ex., rupture de l'alliance thérapeutique, arrêt prématuré de la psychothérapie; Bailey & Brown, 2021; Bleiberg, 2006; Gutheil, 2005; Lundgren et al., 2004; Pope, 1988; Pope & Keith-Spiegel, 2008; Smith, 1999).

Considérant les conséquences néfastes des bris de cadre en psychothérapie, il devient primordial de s'interroger sur les facteurs qui alimentent leur mise en place. Ainsi, existe-t-il un profil de thérapeutes plus à risque de les instaurer? Les aménagements au cadre peuvent-ils être regroupés en termes de types ou d'intensité comme le suggère Zachrisson (2014)? Les aménagements au cadre sont-ils associés aux réactions affectives de thérapeute (contre-transfert) et à sa capacité à conscientiser ses états mentaux (mentalisation) en présence de ses client·es? Ces questions sont d'autant plus importantes à répondre puisqu'il n'existerait pas, à l'heure actuelle, d'outil psychométrique exhaustif en français sur les aménagements au cadre en psychothérapie. De même, la littérature sur les caractéristiques sociodémographiques des thérapeutes et sur le cadre demeure rare.

Cet essai cherche à valider le Questionnaire sur les aménagements au cadre (QACP). Dans un premier temps, il s'attarde à la révision du QACP (création de nouveaux items, reformulation des items, adaptation à la télépsychologie) comme étape préliminaire aux analyses effectuées. Dans un deuxième temps, l'essai documente la fréquence des aménagements au cadre. La validité de construit du QACP est décrite dans un troisième temps avec une analyse factorielle exploratoire (AFE). Dans un quatrième temps, la fidélité du QACP est documentée par le calcul de sa cohérence interne avec l'oméga ( $\omega$ ) de McDonald (1999). Finalement, dans un cinquième temps, la validité critériée concomitante du QACP est explorée avec les caractéristiques sociodémographiques, le contre-transfert et la mentalisation des thérapeutes. Ces résultats sont interprétés à la lumière de la désirabilité sociale des thérapeutes.

L'essai se répartit en quatre sections. La première consiste en une revue de la littérature sur le cadre en psychothérapie, le contre-transfert, la mentalisation et les relations entre ces variables. Elle comprend une présentation du profil sociodémographique des thérapeutes, leur désirabilité sociale et les aménagements au cadre psychothérapeutique. Elle inclut une revue critique des instruments psychométriques sur les aménagements au cadre en psychothérapie. La deuxième section fait état du déroulement de l'étude et du profil des participant·es, des instruments psychométriques utilisés et des analyses statistiques effectuées. La troisième section contient les résultats exploratoires obtenus. Finalement, la dernière section porte sur la

discussion des résultats. Elle aborde les forces et limites de l'étude, ses implications pratiques et les pistes de recherche futures.

À l'image de la littérature sur les aménagements au cadre, cet essai s'inscrit dans une tradition épistémologique psychodynamique.

## **Contexte théorique**

Cette section définit le cadre en thérapie. Ensuite, elle présente deux variables qui contribuent à la gestion du cadre en psychothérapie, soit le contre-transfert et la mentalisation du thérapeute. Elle expose comment ces variables influencent la gestion du cadre en psychothérapie.

### **Définition du cadre psychothérapeutique et de ses fonctions**

Les frontières du cadre favorisent la création d'un environnement contenant propice au travail thérapeutique (Gabbard, 2016; OPQ, 2008; Winnicott, 1963/1965). Selon une épistémologie psychodynamique, les frontières du cadre, lorsqu'elles sont adéquates, permettent aux client·es de manifester des affects inconscients qui auraient été inacceptables en dehors de la thérapie (Gabbard, 2016). Elles favorisent aussi l'exploration, puis le travail sécuritaire des difficultés des client·es. Chez les thérapeutes, les frontières du cadre favorisent une posture de neutralité envers les client·es (Gutheil & Simon, 2002). Celle-ci doit être suffisamment objective pour maintenir une relation professionnelle (p. ex., durée fixe des séances, absence de contacts physiques), mais aussi assez subjective et flexible pour s'adapter aux particularités des client·es. (Almond, 1995; Casement, 1990).

*Le Guide explicatif concernant le code de déontologie des psychologues du Québec* (OPQ, 2008) précise les obligations générales des thérapeutes. Premièrement, les

thérapeutes doivent respecter la dignité et l'autonomie des client·es. Ce principe renvoie à la conscience que la valeur intrinsèque de chaque client·e n'est pas modifiée en fonction de ses caractéristiques personnelles, conditions ou statuts (p. ex., le sexe, les capacités mentales ou physiques, le statut socioéconomique). Concrètement, le respect de la dignité et de l'autonomie des client·es s'actualise par l'obtention de leur consentement libre, éclairé et continu ainsi que d'un accord commun sur le mandat confié. Ce principe implique d'éviter tout conflit d'intérêts et de s'abstenir de s'immiscer dans la vie privée des client·es. Deuxièmement, les thérapeutes sont assujetti·es à des obligations professionnelles de moyens auprès de leurs client·es. Ils/elles doivent favoriser le bien-être de leurs client·es et soutenir l'amélioration ou le maintien de leur fonctionnement psychologique. Troisièmement, les thérapeutes sont tenu·es de maintenir leurs compétences à jour, notamment via de la supervision et de la formation continue. Cette obligation favorise l'impartialité, la rigueur et la qualité des interventions. Finalement, les thérapeutes doivent faire preuve d'intégrité pour préserver la confiance des client·es (p. ex., respect des engagements, présentation honnête de la formation et des compétences).

La gestion du cadre est étroitement liée au contexte relationnel entre un/une client·e et son/sa thérapeute (Gutheil, 2014). Si certains gestes sont généralement considérés comme inappropriés, le contexte relationnel peut aussi déterminer le caractère acceptable d'un aménagement. Par exemple, l'évaluation d'un aménagement pourrait varier en fonction de l'étape de la thérapie, de la présentation clinique d'un·e client·e et des objectifs

thérapeutiques visés. La considération du contexte relationnel d'un aménagement ne se substitue pas aux obligations des thérapeutes telles que spécifiées dans les codes de déontologie (Gutheil, 2005). En effet, le *Guide explicatif concernant le code de déontologie des psychologues du Québec* (OPQ, 2008, p. 3) précise « [qu'un] code de déontologie n'est pas conçu pour soustraire les professionnel·les à la réflexion qu'il doit lui-même faire tout au long de sa pratique, car toute situation ne peut être prévue et la réaction appropriée, codifiée ».

### **Éléments constitutifs du cadre psychothérapeutique**

Les composantes essentielles générales du cadre thérapeutique se regroupent en deux catégories : le cadre externe et interne (Delourme & Marc, 2014a; Gabbard, 2016).

#### **Cadre externe**

De manière générale, le cadre externe réfère aux frontières interpersonnelles entre le/la thérapeute et son/sa client·e (Gabbard, 2016). Il se subdivise en deux sous-catégories : (1) les aménagements relatifs à l'espace et au temps et (2) les aménagements relationnels (Cabaniss et al., 2017; Delourme & Marc, 2014a; Gutheil & Gabbard, 1993; Langs, 1998).

#### ***Espace et temps***

Les aménagements au cadre sur l'espace et le temps sont habituellement instaurés en début de thérapie et demeurent relativement inchangés au cours du suivi (Langs, 1998).



Les aménagements concernant l'espace comprennent le choix de l'emplacement du bureau (p. ex., dans une maison privée, dans un immeuble à bureaux locatifs), de l'aménagement du bureau et de la salle d'attente (p. ex., type et emplacement du mobilier, décoration neutre ou plus personnelle, éclairage) et les modalités de travail des thérapeutes (c.-à-d., travail en association ou non avec d'autres collègues; Cabaniss et al., 2017; Delourme & Marc, 2014a; Gutheil & Gabbard, 1993; Langs, 1998). Les aménagements spatiotemporels concernent la durée, la fréquence et l'horaire des séances ainsi que le nombre de séances. Ils renvoient aussi aux disponibilités des thérapeutes entre les séances.

### ***Relation thérapeutique***

Les aménagements relationnels du cadre externe sont plus malléables, mais ils doivent être gérés avec une rigueur constante (Cabaniss et al., 2017; Delourme & Marc, 2014a; Gutheil & Gabbard, 1993; Langs, 1998). Ils impliquent le respect des principes de confidentialité et de la vie privée des client·es. Ils renvoient à la responsabilisation des thérapeutes (p. ex., ponctualité, être en état de travailler) ainsi qu'à l'obtention du consentement libre et éclairé des client·es. Le cadre externe concerne aussi le choix entre le vouvoiement ou le tutoiement, le respect de l'anonymat relatif des thérapeutes (p. ex., non-dévoilement de sa vie privée, absence de contacts avec les client·es avant le début du suivi) et la gestion des communications pendant et entre les séances (p. ex., appels, textos et courriels). Finalement, il implique une entente sur les honoraires (p. ex., coût des séances, fréquence et modalités de paiement).

### **Cadre interne**

Le cadre interne renvoie au monde interne des thérapeutes (Delourme & Marc, 2014a). Par exemple, il réfère à leur personnalité, à leurs croyances, à leur mode de vie, à leurs capacités (p. ex., d'empathie, de réflexion) et à leurs affinités intellectuelles (p. ex., approche thérapeutique).

Le cadre externe est étroitement lié au cadre interne (Delourme & Marc, 2014a; Gabbard, 2016). Par exemple, un/une thérapeute d'allégeance rogérienne s'abstiendra de formuler des diagnostics, conseils et jugements, puisque cela impliquerait d'investir un rôle d'expert, ce qui aurait pour conséquence d'ainsi éloigner le/la client·e de sa trajectoire expérientielle (Dartevelle, 2003; Lietaer, 1999; Rogers, 1942/2010). Aussi, un/une thérapeute d'approche cognitivo-comportementale (TCC) pourrait présenter d'avance les exercices d'exposition afin de préserver le caractère égalitaire de sa relation avec son/sa client·e, afin de discuter ensemble de leur pertinence (Abramowitz, 2006).

### **Cadre psychothérapeutique en contexte de télépsychologie**

La télépsychologie consiste en l'offre de services psychologiques à distance par l'entremise de technologies de télécommunication (Joint Task Force for the Development of Telepsychology Guidelines for Psychologists [JTFDTGP], 2013). Ces technologies se répartissent en deux catégories : les modes de télécommunication synchrones et asynchrones. Les communications synchrones impliquent des communications en temps réel (p. ex., vidéoconférence, téléphone, messagerie instantanée; Gupta et al., 2016). Les

communications asynchrones (p. ex., courriel, modules d'intervention en ligne préenregistrés) ajoutent un délai entre la transmission et la réception de la communication.

Durant les dernières années, et surtout dans le contexte de la pandémie de COVID-19, la télépsychologie s'est positionnée comme une alternative aux séances en présentiel (Abbott et al., 2008; Barnett et al., 2024; Gupta et al., 2016). La télépsychologie permet un usage plus flexible de la psychothérapie (p. ex., par rapport à l'emplacement et l'heure des séances; Gamble et al., 2015). Elle s'adapte à des contextes de soins variés (p. ex., cliniques, prisons, hôpitaux; Gamble et al., 2015; McCord et al., 2020; Saenz et al., 2020). Elle favorise l'accessibilité à la psychothérapie, surtout pour les populations sous-desservies par les services en présentiel (p. ex., contraintes d'éloignement, de mobilité, de pauvreté) ou réfractaires à cette modalité plus « traditionnelle » (Cooper et al., 2019; Dyck & Hardy, 2013; Saenz et al., 2020; Tuerk et al., 2018).

La distance géographique et la flexibilité de la télépsychologie augmentent le risque de violations au cadre psychothérapeutique (Boyle & Gamble, 2014; Cooper et al., 2019; Drum & Littleton, 2014; Luxton et al., 2024; Wallwork, 2013). Ce risque est exacerbé par l'adoption récente et rapide de cette modalité dans le contexte de la pandémie de COVID-19. Pour plusieurs thérapeutes, l'adoption de la télépsychologie s'est faite rapidement afin d'assurer une continuité des services, parfois sans détenir les connaissances ou les compétences pour tenir compte des enjeux éthiques, déontologiques et techniques propres à cette modalité (Barnett et al., 2024). Le manque de formations et de lignes directrices

claires et à jour limitent la capacité des thérapeutes et des étudiant·es à naviguer avec la télépsychologie (Cooper et al., 2019; Gamble et al., 2015; McCord et al., 2020; Perle et al., 2011; Pierce et al., 2020). Pourtant, chaque thérapeute est tenu·e en tout temps de respecter son code de déontologie, le contexte de la télépsychologie n'échappant pas à cette obligation (JTFDTGP, 2013; OPQ, n.d.).

La gestion du cadre en télépsychologie soulève des enjeux concernant : (1) le temps, (2) l'espace, (3) l'évaluation de la disposition des client·es à la télépsychologie, (4) la gestion des urgences, et (5) la gestion des communications. La télépsychologie amène aussi des enjeux légaux et techniques qui dépassent le cadre de la présente étude (p. ex., voir McCord et al., 2020).

## **Temps**

La télépsychologie est propice à l'allongement des séances par mégarde ou par choix du thérapeute (Drum & Littleton, 2014). Cela peut notamment se produire en intervention auprès de client·es qui ont une perception plus flexible du temps.

La télépsychologie encourage à modifier la fréquence des rencontres. Comme les thérapeutes sont plus accessibles, certain·es client·es pourraient s'attendre à des séances plus fréquentes et plus courtes (Manhal-Baugas, 2001). Dépendamment de l'allégeance théorique des thérapeutes, accéder à cette demande pourrait être préjudiciable pour les client·es : cela risquerait d'augmenter leur dépendance envers leur thérapeute en plus de

limiter le travail thérapeutique à la gestion de symptômes (Gupta et al., 2016). Dans le même ordre d'idées, la télépsychologie, via des contacts asynchrones, ouvre la voie à des contacts excessifs entre les séances (Drum & Littleton, 2014; van Daele et al., 2020). Les thérapeutes doivent déterminer une fréquence et un délai de réponse optimaux pour chaque client·e. Les thérapeutes doivent s'abstenir de privilégier leurs communications avec certain·es client·es au détriment des autres (Drum & Littleton, 2014).

La flexibilité de la télépsychologie amène la possibilité faire des séances en dehors des périodes de travail habituelles (p. ex., pendant les fins de semaine, la nuit, les vacances et en contexte de maladie; Drum & Littleton, 2014; Sabin & Skimming, 2015). Cela expose les thérapeutes à un risque accru d'un épuisement professionnel (Drum & Littleton, 2014). Effectuer des séances à des périodes inhabituelles est aussi néfaste pour les client·es (p. ex., sentiment de culpabilité, d'être un poids, etc.; Cooper et al., 2019; Drum & Littleton, 2014).

## **Espace**

La télépsychologie offre une plus grande latitude sur le choix de l'emplacement des thérapeutes et des client·es. Pour les thérapeutes, les séances en dehors d'un bureau en présentiel exacerbent les risques de bris de confidentialité (Luxton et al., 2024). Ce contexte peut encourager le thérapeute à s'habiller de manière décontractée, ce qui peut induire un climat de familiarité nuisible au processus psychothérapeutique (Drum &

Littleton, 2014). Les séances à domicile augmentent le risque de dévoilements involontaires de la vie privée des thérapeutes (Drum & Littleton, 2014).

En télépsychologie, les thérapeutes ne contrôlent pas l'emplacement des client·es (Gamble et al., 2015). Pour les client·es, faire une séance dans un lieu public peut être distrayant ou avoir une fonction d'évitement. Ne pas le relever en séance pourrait encourager les client·es à investir leur suivi de manière plus familière (Drum & Littleton, 2014). La présence de personnes tierces avec les client·es peut limiter la capacité de ces derniers à verbaliser une détresse significative par crainte d'être entendu·e (p. ex., idées suicidaires, situation de violence conjugale; Johnson & Aldea, 2021; Luxton et al., 2014). La vérification de la présence de ces personnes est souvent difficile à faire (p. ex., champ de vision limité en visioconférence; Gamble et al., 2015).

### **Évaluation de la disposition des client·es à la télépsychologie**

Les thérapeutes doivent évaluer la disposition des client·es à la télépsychologie durant tout le suivi (McCord et al., 2020). Cette évaluation doit tenir compte du profil clinique des client·es (p. ex., nature et sévérité de la problématique, urgences/crises répétées, tendance au désengagement, aisance à élaborer; Gupta et al., 2016; Harris & Younggren, 2011; van Daele et al., 2020). Elle doit considérer leur degré d'aisance avec la technologie ainsi que leurs ressources et leurs limitations (p. ex., technologiques, intellectuelles, sensorielles; Cooper et al., 2019; Gupta et al., 2016; McCord et al., 2020; van Daele et al., 2020). Les thérapeutes doivent s'assurer que la télépsychologie demeure dans le

meilleur intérêt des client·es, et, au besoin, ils/elles doivent considérer des alternatives non technologiques (Cooper et al., 2019; van Daele et al., 2020). Proposer la télépsychologie à des client·es non disposé·es à cette modalité pourrait leur être préjudiciable (c.-à-d., détérioration de leur état, aide limitée à leur disposition; Wallwork, 2013). Les thérapeutes doivent donc s'abstenir d'imposer leur préférence pour la télépsychologie pour ces client·es (Cooper et al., 2019; Wallwork, 2013).

### **Gestion des urgences**

Les thérapeutes doivent aussi prévoir un protocole d'urgence clair avec leurs client·es (p. ex., disponibilités, ressources disponibles dans la région des client·es, étapes à suivre, localisation des client·es; Gamble et al., 2015; McCord et al., 2020). L'omission de cette étape peut placer les client·es dans une situation de vulnérabilité exacerbée étant donné la distance géographique d'avec son/sa thérapeute (Barnett et al., 2024; Sabin & Skimming, 2015).

### **Gestion des communications**

L'utilisation du langage écrit peut comporter certains risques dans la gestion du cadre en télépsychologie. En l'absence d'indices non verbaux des thérapeutes, certaines interventions pourraient être interprétées à tort par les client·es comme une invitation à dépasser les frontières du cadre psychothérapeutique (Alleman, 2002; Drum & Littleton, 2014; Mallen et al., 2005). En particulier, l'utilisation d'émoticônes, d'une ponctuation

excessive et d'acronymes peuvent encourager les client·es à investir le suivi de manière plus informelle (Drum & Littleton, 2014; Gamble et al., 2015; Midkiff & Wyatt, 2008).

La télépsychologie offre une tentation à la multitâche en séance. Il peut être plus difficile de remarquer si les client·es font autre chose pendant la séance (Wallwork, 2013). Si constaté, omettre de le relever en séance pourrait amener les client·es à percevoir les thérapeutes comme moins crédibles ou sécurisant·es (Gupta et al., 2016). De même, les thérapeutes qui effectuent d'autres tâches pendant les séances s'exposent à être moins attentif·ves aux propos de leurs client·es (Wallwork, 2013).

La télépsychologie pose l'enjeu de l'utilisation des réseaux sociaux. Accepter l'invitation « d'amitié » de client·es encourt plusieurs risques. Premièrement, cela augmente la probabilité de dévoilements non souhaités de la part des thérapeutes et des client·es (Barnett et al., 2024; Drum & Littleton, 2014). Deuxièmement, ce geste peut encourager les client·es à percevoir la relation thérapeutique comme informelle et à l'investir de cette manière. Ce faisant, il serait plus difficile pour les client·es de tirer profit des compétences de leur thérapeute (Barnett et al., 2024; Drum & Littleton, 2014; Gabbard et al., 2011). Finalement, être en contact avec des client·es sur les réseaux sociaux peut les inciter à utiliser ces canaux pour aborder du contenu devant être abordé en thérapie, ce qui amène un risque pour la confidentialité (Drum & Littleton, 2014).



Finalement, le partage d'opinions en ligne sur des client·es, même si anonymisé, peut mener à des bris de confidentialité préjudiciables si les client·es sont reconnu·es (Gabbard et al., 2011).

### **Bris de cadre en psychothérapie**

Cette sous-section s'attarde aux bris de cadre en psychothérapie. Elle présente une courte définition des bris de cadre et leur prévalence. Finalement, leurs conséquences sont exposées.

#### **Définition des bris de cadre en psychothérapie**

Une déviation du cadre survient en présence de comportements inappropriés dans la relation thérapeutique (Cabaniss, 2011; Gutheil & Gabbard, 1998). Elle peut évoluer vers un bris de cadre. Un bris de cadre survient lorsqu'il y a une transgression des règles de conduite professionnelles du cadre (Gutheil, 2014). Il peut être initié par les client·es, par les thérapeutes ou conjointement. Les bris de cadre varient en termes de type (c.-à-d., les assouplissements, les transgressions et les violations et d'intensité; Gabbard, 2005; Zachrisson, 2014). En effet, ils peuvent être mineurs (p. ex., allonger une séance de 10 minutes) ou plus importants (p. ex., des gestes à caractère sexuel; Bleiberg, 2006; Gutheil & Gabbard, 1993, 1998; Scantlin, 2014).

Selon Zachrisson (2014), une déviation du cadre survient en cas d'écart face aux pratiques psychothérapeutiques générales et communément acceptées. Cet auteur a

développé un modèle psychanalytique des bris de cadre. Comme il s'appuie sur l'éthique professionnelle en psychothérapie, il peut s'appliquer à d'autres écoles de pensée.

Le modèle de Zachrisson (2014) explicite trois types d'aménagements au cadre thérapeutique, soit les assouplissements, les transgressions et les violations. Ils peuvent être représentés sous la forme d'un continuum d'une intensité de gravité croissante.

Les assouplissements du cadre constituent un écart mineur du cadre thérapeutique sans qu'il y ait eu de faute éthique. Ils peuvent être attribuables à des modifications délibérées de la technique habituelle ou à des agissements contre-transférentiels (Eissler, 1953; Jacobs, 2001; McLaughlin, 1987). Les assouplissements sont bénins lorsqu'ils sont occasionnels et que l'intention des thérapeutes est claire ainsi que guidée de principes cliniques. Les assouplissements peuvent être salutaires, voire essentiels au cheminement thérapeutique des client·es. Toutefois, leur accumulation inconsciente peut constituer un danger pour la thérapie : ils peuvent entraîner les thérapeutes dans une « pente glissante » (*slippery slope*) d'aménagements de plus en plus problématiques. Ce phénomène survient lorsqu'il y a accumulation d'écarts mineurs et injustifiés au cadre thérapeutique (p. ex., des assouplissements) sans qu'ils aient été conscientisés par les thérapeutes. Il peut mener à des violations graves au cadre (p. ex., contacts sexuels), considérant que les violations au cadre en entraînent souvent d'autres (Butler & Zelen, 1977; Gartrell et al., 1986; Holroyd & Brodsky, 1977; Quadrio, 1996).

Contrairement aux assouplissements du cadre, les transgressions et les violations du cadre thérapeutique constituent des manquements à l'éthique (p. ex., exploitation, abus, négligence, malhonnêteté, etc.; Zachrisson, 2014). Les transgressions et les violations se distinguent entre elles par leur fréquence et leur gravité (Gabbard, 2005; Gutheil & Gabbard, 1993, 1998; Zachrisson, 2014). Généralement, plus une violation est fréquente, plus elle serait grave (p. ex., demander des conseils financiers aux client·es), mais certaines violations ponctuelles peuvent l'être tout autant (p. ex., agression sexuelle). Les transgressions sont plus bénignes et occasionnelles, tandis que les violations du cadre se reconnaissent par des gestes répétitifs d'une gravité évidente (Gutheil & Gabbard, 1998). Les transgressions peuvent être analysées avec les client·es, tandis qu'il n'est pas possible de le faire avec les violations. De plus, si elles sont bien gérées, les transgressions du cadre favorisent l'exploration renouvelée du matériel thérapeutique. Par exemple, la prise de mesures réparatrices dans un contexte de bris de confidentialité peut contribuer à la réparation de l'alliance thérapeutique. En contrepartie, les violations du cadre peuvent entraîner la fin de la thérapie. Toutefois, la notion même de bris de cadre dépend du contexte relationnel unique dans lequel il s'inscrit (Gutheil & Gabbard, 1993, 1998; Pope & Keith-Spiegel, 2008).

Les déviations du cadre se différencient des erreurs techniques. Les transgressions et les violations du cadre sont des manquements éthiques, tandis que les erreurs techniques n'en sont pas nécessairement (Zachrisson, 2014). Les déviations du cadre sont le fruit de réactions intentionnelles ou inconscientes des thérapeutes face à un/une client·e. En

contrepartie, les erreurs techniques dépendent davantage d'un manque de réflexion ou de maîtrise des techniques. Comme pour les déviations au cadre, l'accumulation d'erreurs techniques peut amener les thérapeutes à commettre des bris de cadre.

### **Prévalence des bris de cadre en psychothérapie**

La prévalence des bris de cadre en psychothérapie est difficile à établir en raison d'un manque de recherches exhaustives (Garrett, 2010). La littérature actuelle se concentre sur les violations de nature sexuelle au sein de pays occidentaux (Garrett, 2010; Johnston & Farber, 1996). Dans une synthèse de la littérature, Garrett (2010) rapporte qu'environ 7 % des professionnel·les de la santé mentale, toutes disciplines confondues, auraient déjà commis des violations sexuelles pendant ou après un suivi thérapeutique. La prévalence des violations financières serait relativement similaire. Les autres types de violations demeurent peu étudiés. La littérature sur la prévalence des transgressions et des aménagements est encore plus rare.

Le manque de données sur les bris de cadre en psychothérapie s'explique par plusieurs facteurs. Premièrement, il n'existe pas de définition claire et universelle des bris de cadre. Elle varie d'une approche psychothérapeutique l'autre, ainsi qu'à l'intérieur d'une même approche (Gutheil & Gabbard, 1998).

Deuxièmement, les bris de cadre demeurent difficiles à repérer. Leur identification dépend du contexte relationnel dans lequel ils s'inscrivent (Gutheil, 2005; Pope & Keith-

Spiegel, 2008). De plus, la capacité à relever des bris de cadre dépend du niveau de sensibilisation du public et des professionnel·les à leur sujet (Hook & Devereux, 2018; Plaut, 1997). Les normes socioculturelles aideraient aussi à départager les aménagements acceptables de ceux qui ne le sont pas (Tummala-Narra, 2021).

Troisièmement, plusieurs facteurs limitent la déclaration des bris de cadre une fois qu'ils sont identifiés. Plusieurs client·es ne les déclarent pas par honte ou par peur (p. ex., de subir des représailles, d'être invalidé·es; Bailey & Brown, 2021; Donaldson, 1994; Plaut, 1997; Smith, 1999). Les dynamiques relationnelles qui s'appuient sur des traumas d'attachement peuvent dissuader les client·es de déclarer un bris de cadre (p. ex., loyauté à l'abuseur; Bailey & Brown, 2021; Steinberg et al., 2021). De même, certain·es professionnel·les auraient tendance à invalider le témoignage des victimes ou à le pathologiser (Hook & Devereux, 2018). Certains choisissent délibérément de ne pas divulguer les bris de cadre effectués, par crainte de mettre leur carrière en péril (Smith, 1999).

Finalement, le manque de recherche et de données sur les sanctions disciplinaires complexifie la mesure des bris de cadre en psychothérapie (Bailey & Brown, 2021). La plupart des recherches effectuées utilisent des mesures autorapportées, lesquelles sont sujettes au phénomène de sous-déclaration (Smith, 1999; Steinberg et al., 2021).

### **Conséquences possibles des bris de cadre en psychothérapie**

Les conséquences graves de ces bris de cadre sont bien documentées pour la relation thérapeutique, pour les client·es et pour les thérapeutes. En ce qui concerne la relation thérapeutique, un bris de cadre peut miner l'alliance thérapeutique ou même entraîner un arrêt prématuré de la thérapie (Gutheil, 2005; Pope & Keith-Spiegel, 2008). Pour les client·es, un bris de cadre peut provoquer la perte d'un service et de son/sa thérapeute de confiance. Les bris de cadre en thérapie suscitent un éventail de conséquences psychologiques néfastes (p. ex., sentiments de trahison/d'abandon, détresse émotionnelle, exacerbation de problèmes psychologiques, tentatives de suicide et suicide; Gutheil, 2005; Lundgren et al., 2004; Pope, 1988; Resnik, 2016). De plus, parce qu'ils impliquent un bris de confiance envers les thérapeutes responsables, les bris de cadre peuvent contribuer à la perte de confiance des client·es envers les services et les professionnel·les (Bailey & Brown, 2021; Smith, 1999). Ils peuvent donc diminuer leur réceptivité à de futures interventions et leur capacité à en bénéficier (Fonagy et al., 2019, Smith, 1999). Les bris de cadre peuvent aussi dissuader les client·es à entreprendre un suivi psychothérapeutique à jamais (Bailey & Brown, 2021). Pour les thérapeutes, les bris de cadre les exposent à de nombreuses conséquences psychologiques (p. ex., détresse psychologique), professionnelles (p. ex., crise professionnelle, plaintes, perte du permis de pratique) et légales (p. ex., poursuites civiles et accusations criminelles; Bleiberg, 2006; Gutheil, 2005; Katsavdakis et al., 2004).

La gestion du cadre en psychothérapie est notamment influencée par le contre-transfert (CT) du thérapeute et par ses capacités de mentalisation. La section suivante définira ces concepts ainsi que leurs relations avec la gestion du cadre.

### **Contre-transfert**

Le CT est inévitable : il survient dans tous les processus thérapeutiques et dans tous les types de psychothérapies, et ce, peu importe les allégeances théoriques des thérapeutes (Gelso & Hayes, 2007; Hayes et al., 2011). Le CT est donc considéré comme un construit transthéorique (Colli & Ferri, 2015; Hayes, 2004). Il existe quatre types de conceptualisations du CT : la perspective classique, totalistique, complémentaire et relationnelle (Epstein & Feiner, 1988; Gelso & Hayes, 2007).

#### **Perspective classique**

Selon Gelso et Hayes (2007), la perspective classique correspond à la définition originelle du CT par Freud (1910/1959). Selon cette perspective, le CT correspond aux réactions inconscientes d'un/une thérapeute face au transfert de son/sa client·e. Ces réactions émergeraient des conflits infantiles non résolus des thérapeutes (Gelso & Hayes, 2002). La perspective classique conceptualise le CT comme un obstacle à la thérapie. Il minerait les capacités d'analyse des thérapeutes. Il pourrait initier des bris de cadre. Cette vision recommande de neutraliser le CT par l'analyse des conflits inconscients non résolus. Aujourd'hui, la définition classique du CT est jugée trop limitée, puisqu'elle exclut qu'un CT puisse émerger face à un/une client·e en particulier sans qu'il y ait d'enjeux

transférentiels des thérapeutes (Epstein & Feiner, 1979; Gelso & Hayes, 1998, 2002). De plus, cette perspective ne valorise pas les avantages d'utiliser le CT en thérapie.

### **Perspective totalistique**

La perspective totalistique du CT est apparue dans les années 50 (Gelso & Hayes, 2007). Elle tente de corriger les limites conceptuelles de la perspective classique. Selon cette perspective, le CT correspond à l'ensemble du vécu des thérapeutes en psychothérapie (p. ex., attitudes, sentiments; Epstein & Feiner, 1988). Le CT totalistique considère que le CT du thérapeute reflète le monde interne des client·es et leurs dynamiques relationnelles (Gelso & Hayes, 2007). Heimann (1950) soulignent la normalité du CT. Elle encourage l'utilisation du CT pour comprendre les client·es. Ainsi, le CT totalistique permet d'expliquer les réactions au transfert des client·es qui ne seraient pas explicables par les conflits irrésolus des thérapeutes (Gelso & Hayes, 2007). Le CT totalistique s'intéresse aussi aux fluctuations du CT en présence de psychopathologies plus sévères des client·es (p. ex., troubles de la personnalité [TP] borderline et narcissique; p. ex., Kernberg, 1975, 1976; Winnicott, 1949).

Cette notion n'est pas exempte de critiques. Le CT totalistique serait conceptualisé trop largement, au point de perdre son utilité scientifique et clinique (Gelso & Hayes, 2007). Puisque la notion de CT totalistique inclut toutes les réactions émotionnelles des thérapeutes, elle peut être remplacée par celle de réactions émotionnelles. De plus, le CT totalistique ne distingue pas le CT objectif du CT subjectif. Le CT objectif réfère à un CT



normal, prévisible et généralisable d'un/une thérapeute à l'autre, alors que le CT subjectif provient des conflits non résolus de chaque thérapeute (Gelso & Hayes, 2007; Kiesler, 1996, 2001).

### **Perspective complémentaire**

Selon cette perspective, le CT des thérapeutes serait complémentaire au transfert ou au style interpersonnel des client·es (Gelso & Hayes, 2007). Comme le CT totalistique, le CT complémentaire s'intéresse à l'ensemble des ressentis des thérapeutes en psychothérapie. Contrairement à celui-ci, il s'applique à un/une thérapeute précis·e face à un/une client·e précis·e. Même si elle provient de la psychanalyse (p. ex., Kiesler, 1996, 2001; Racker, 1957, 1968), la perspective complémentaire du CT s'applique à toutes les écoles de pensée en psychothérapie (Gelso & Hayes, 2007). Le CT complémentaire se distingue par l'accent mis sur l'influence mutuelle entre un/une client·e et son/sa thérapeute (Gelso, 2004). Cependant, il accorde plus de poids à la contribution des client·es dans la dynamique relationnelle qu'aux thérapeutes (Gelso & Hayes, 2007).

### **Perspective relationnelle**

La perspective relationnelle du CT se distingue de la perspective complémentaire dans la mesure où elle considère que la relation thérapeutique peut être autant influencée par les ressentis des client·es que ceux des thérapeutes (Gelso & Hayes, 2007). La perspective relationnelle du CT conceptualise la relation thérapeutique comme une coconstruction entre un/une client·e précis·e et un/une thérapeute précis·e dans un cadre spatiotemporel

spécifique (Gelso, 2004). Le transfert et le CT sont donc les produits de l'interaction des mondes internes d'un/une client·e et de son/sa thérapeute (Gelso & Hayes, 2007). En revanche, la perspective relationnelle du CT peut diminuer l'importance accordée à l'unicité et à la relative indépendance du monde interne de chacun (Gelso, 2004). Elle peut encourager un relativisme excessif qui occulterait les patrons relationnels relativement stables des personnes (Aron, 1996; Eagle, 2003; Mitchell, 1988).

### **Contre-transfert et gestion du cadre psychothérapeutique**

Le CT constitue un outil de prédilection dans la gestion de la relation thérapeutique, et ce, particulièrement auprès de client·es jugé·es comme étant plus complexes à traiter, comme ceux/celles avec un TP (Colli & Ferri, 2015; Davidtz, 2008). En effet, le CT des thérapeutes peut orienter leurs interventions avec efficacité (Cabaniss, 2011; Dahl et al., 2014; Ulberg et al., 2014). La gestion adéquate du CT favorise le développement et le maintien d'une bonne alliance thérapeutique (Gelso & Hayes, 2007; Hilsenroth et al., 2012; Safran & Kraus, 2014; Safran & Muran, 2000). Elle influence l'issue de la thérapie (Hayes et al., 2011). Néanmoins, un CT non conscientisé ou mal géré peut miner la thérapie (Ligiéro & Gelso, 2002; Racker, 1968). Dans cette perspective, moins un/une thérapeute est conscient·e de son contre-transfert, plus il/elle s'expose à l'agir en thérapie par des bris de cadre (Jacobs-Caffey, 1994). La mentalisation favorise la régulation émotionnelle et inhibe les agirs interpersonnels (Allen, 2006). Chez les thérapeutes, la perturbation temporaire de leur processus de mentalisation pourrait expliquer certains agirs contre-transférentiels (Hayes et al., 2011; Rizq & Target, 2010).

## **Mentalisation**

La mentalisation réfère à la capacité d'effectuer des opérations cognitives (p. ex., percevoir, interpréter, réfléchir, anticiper) à propos de ses propres états mentaux intentionnels (p. ex., désirs, sentiments, croyances) et de ceux des autres (Allen, 2006; Bateman & Fonagy, 2004). Elle permet d'inférer sur des états mentaux relativement opaques qui, autrement, seraient difficilement accessibles (Bateman & Fonagy, 2016). Elle offre une explication aux expériences psychiques, ce qui favorise une impression de cohérence interne, de sécurité personnelle et d'identité (Fonagy et al., 2002; Fonagy et Target, 1997a). La mentalisation adéquate favorise des interactions sociales saines et constructives.

Une mentalisation adéquate repose sur des préalables (Bateman & Fonagy, 2016). Elle requiert la conscience de l'opacité des états mentaux. Elle nécessite de les aborder avec curiosité et ouverture. Elle exige enfin une capacité à les décrire de manière flexible et adéquate.

### **Axes de la mentalisation**

La mentalisation est un concept multidimensionnel (Luyten & Fonagy, 2014). Elle se définit par quatre axes bipolaires, soit les axes : (1) implicite - explicite, (2) soi - autres, (3) interne – externe, et (4) cognitif-affectif. Un processus de mentalisation optimal se situe généralement à mi-chemin entre les deux pôles d'un axe (Fonagy et al., 2011). Le

surinvestissement d'un pôle (p. ex., mentalisation de soi) équivaut donc à un déficit de mentalisation sur l'autre pôle (p. ex., mentalisation des autres).

### *Axe implicite-explicite*

La mentalisation implicite réfère à des processus mentaux rapides, inconscients et intuitifs qui sont exécutés en parallèle à d'autres processus mentaux (Allen, 2006; Luyten & Fonagy, 2014). Elle ne s'exprime pas par des mots. La mentalisation implicite régit la plupart des interactions quotidiennes si elles se déroulent comme prévu (Fonagy et al., 2011). Grâce à sa rapidité, elle permet de mentaliser dans l'instant présent sans compromettre la fluidité d'une discussion. Elle s'appuie sur des préconceptions automatiques. Si utilisées à l'excès, elles peuvent déformer ou sursimplifier nos représentations de nous-mêmes et des autres. La mentalisation implicite prédomine dans les contextes d'attachement sécurisant (Bartels & Zeki, 2004; Bateman & Fonagy, 2016).

La mentalisation explicite implique des processus mentaux lents et effectués en série (Bateman & Fonagy, 2016). Elle nécessite des efforts conscients et volontaires ainsi que l'usage d'une modalité verbale (p. ex., penser, parler; Allen, 2006; Fonagy et al., 2011). Elle permet de dégager du sens d'une situation jugée a priori incompréhensible (p. ex., incertitude ou malentendus; Bateman & Fonagy, 2016). La mentalisation explicite peut s'ancrer dans le passé, le présent ou le futur (Allen, 2006). Elle permet de faire des liens entre ces différentes périodes (p. ex., expliquer un événement récent à l'aide d'un événement passé).

Face à une situation inexpiquée, il est possible de passer à un mode de mentalisation explicite (Fonagy et al., 2011). Cela requiert de bonnes capacités de mentalisation et un attachement sécurisant. Inversement, un retour à des processus plus implicites se produit en réponse à des stressseurs ou des stimuli interpersonnels dans une relation d'attachement (Nolte et al., 2013). La mentalisation explicite sera inhibée pour favoriser une régulation émotionnelle rapide (Allen, 2006; Nolte et al., 2013). Ce mécanisme explique la difficulté de certain·es client·es aux prises avec des stressseurs relationnels à élaborer sur leur expérience ou celle des autres en psychothérapie (Fonagy et al., 2011).

### ***Mentalisation soi-autres***

Une personne peut mentaliser à propos d'elle-même ou des autres (Luyten & Fonagy, 2014). Ce type de mentalisation repose sur la reconnaissance de similarités entre ses états mentaux et ceux des autres (Moran, 2001).

### ***Axe interne-externe***

Ce type de mentalisation réfère à la capacité de mentaliser à propos des manifestations internes ou externes des états mentaux, qu'ils proviennent de soi-même ou d'autrui (Luyten & Fonagy, 2014). La mentalisation interne réfère à la capacité d'inférer des états mentaux à partir de ses propres états internes ou de ceux des autres (p. ex., sentiments, désirs ou pensées; Bateman & Fonagy, 2016; Fonagy et al., 2011). Si elle est surinvestie au détriment de la mentalisation externe, elle peut se manifester par de l'hypermentalisation (Bateman &

Fonagy, 2016). Ce mode de pseudomentalisation se définit par un évitement des affects, par des représentations mentales fantasmatiques déconnectées de la réalité et par des récits très élaborés ou trop longs (Fonagy et al., 2011).

La mentalisation externe repose sur les manifestations physiologiques ou comportementales de soi ou d'autrui (p. ex., émotions, expressions faciales, posture corporelle). L'usage préférentiel de la mentalisation externe peut se traduire par des difficultés de mentalisation interne. Par exemple, les personnes ayant un TP borderline sont hypersensibles aux expressions faciales (mentalisation externe), mais elles ont d'importantes difficultés à comprendre les intentions des autres (mentalisation interne; Domes et al., 2008, 2009; King-Casas et al., 2008; Lynch et al., 2006).

### *Axe cognitif-affectif*

La mentalisation cognitive renvoie à la capacité d'identifier, de reconnaître et de raisonner à propos d'états mentaux (Bateman & Fonagy, 2016). Elle nécessite des processus mentaux plus contrôlés (p. ex., raisonnements, prise de perspective délibérée; Fonagy et al., 2011).

La mentalisation affective correspond à la capacité de comprendre les ressentis (p. ex., émotions) qui émergent de ces états mentaux (Bateman & Fonagy, 2016). Ses processus mentaux sont plus implicites (p. ex., contagion émotionnelle; Fonagy et al., 2011).

La mentalisation est optimale lorsqu'elle intègre des contenus cognitifs et affectifs de manière équilibrée (Fonagy et al., 2011; Luyten & Fonagy, 2014). Elle est un prérequis pour le déploiement de l'empathie et de la conscience de soi (Bateman & Fonagy, 2016).

La mentalisation cognitive et affective peut être affectée de plusieurs façons (Fonagy et al., 2011). La mentalisation (cognitive ou affective) peut être surinvestie au détriment de l'autre. Il peut aussi y avoir une difficulté d'intégration des contenus affectifs et cognitifs.

Premièrement, certaines psychopathologies de la personnalité comme les TP narcissique et antisociale impliquent un désinvestissement de la sphère affective au profit de la sphère cognitive (Blair, 2008; Blatt, 2008; Fonagy & Target, 2000). Par exemple, chez ces personnes, l'utilisation préférentielle de contenus cognitive peut entraîner une diminution de l'empathie qui aurait été nécessaire pour inhiber des comportements inappropriés (Allen et al., 2008; Bateman & Fonagy, 2016).

Deuxièmement, certaines psychopathologies de la personnalité (p. ex., TP dépendante, borderline et histrionique) impliquent un recours excessif à des processus automatiques affectifs plutôt qu'à des processus cognitifs explicites (Blatt, 2008). Cela s'explique d'une part par une hypersensibilité aux contenus affectifs et par un traitement préférentiel de ces contenus visant à surcompenser une mentalisation cognitive déficitaire (Shamay-Tsoory et al., 2009). Ces phénomènes exposent ces personnes à de la contagion émotionnelle, laquelle

compromet l'intégration de contenus affectifs et cognitifs (Blatt, 2008; Shamay-Tsoory et al., 2009).

Troisièmement, certaines personnes mentalisent correctement leurs cognitions et leurs affects, mais sont incapables de les intégrer avec d'autres aspects de leur expérience psychique (Fonagy et al., 2011). C'est notamment le cas des personnes présentant des plaintes somatiques (Bermond et al., 2006).

### **Mentalisation et autres concepts connexes : distinctions conceptuelles**

La plupart du temps, les personnes se représentent leurs interactions sociales à l'aide d'une grande variété d'états mentaux (Semerari et al., 2007). Cette capacité de représentation a été étudiée au sein de plusieurs écoles de pensées et de traditions de recherche en psychologie. Cet engouement a entraîné la multiplication de concepts connexes à la mentalisation. Plusieurs concepts présentent des chevauchements conceptuels importants, ce qui est propice à de la confusion. Par exemple, en recherche clinique, les termes de mentalisation, de conscience psychologique (*psychological mindedness*) et de métacognition sont alternativement utilisés comme des synonymes, alors qu'ils réfèrent à des phénomènes différents. De même, les concepts de théorie de l'esprit et de la mentalisation sont souvent utilisés de manière interchangeable (Gallagher, 2013). Afin de bien cerner les limites conceptuelles de la mentalisation, un bref lexique des concepts connexes sera présenté. Ces concepts ont été identifiés à l'aide de plusieurs revues de la littérature (Allen, 2006; Dimaggio & Lysaker, 2015; Fonagy et



al., 2011). Il s'agit des concepts de cécité mentale (*mindblindness*), de conscience psychologique (*psychological mindedness*) et d'*insight*, de théorie de l'esprit, de métacognition, de pleine conscience (*mindfulness*), d'alexithymie, d'empathie, d'intelligence émotionnelle, de rationalité et d'imagination. Toutefois, en raison d'un souci d'espace, certains concepts connexes (p. ex., conscience de soi, introspection) ne seront pas couverts (Allen, 2006). Le Tableau 1 résume les convergences et les divergences de ces concepts avec celui de la mentalisation.

### ***Cécité mentale (mindblindness)***

Il s'agit du contraire de la mentalisation (Allen, 2006). La cécité mentale est une caractéristique fondamentale de l'autisme (Baron-Cohen, 1995). Elle se définit par une conscience des objets physiques qui coexiste avec une cécité aux phénomènes mentaux (p. ex., pensées, croyances). Lorsqu'appliquée aux neurotypiques (c.-à-d., les personnes non autistes), la cécité mentale fait référence à des échecs de mentalisation partiels (p. ex., une dimension affectée) ou temporaires (Allen, 2006).

**Tableau 1**

*Tableau synthèse des convergences et des divergences entre les notions connexes à la mentalisation selon les axes de la mentalisation*

Concepts connexes	Objet d'intérêt	Axes de la mentalisation							
		Implicite	Explicite	Soi	Autres	Interne	Externe	Cognitif	Affectif
Cécité mentale	ÉM	X	X	X	X	X	X	X	X
Conscience psychologique et <i>insight</i>	ÉM	–	X	X	X	X	X	X	X
Théorie de l'esprit	ÉM	X	X	–	X	X	X	X	–
Métacognition	ÉM	–	X	X	X	X	X	X	X
Pleine conscience	ÉM	X	–	X	–	X	X	X	X
Alexithymie	ÉE	–	X	X	–	X	X	X	X
Empathie	ÉE	X	X	–	X	–	X	–	X
Intelligence émotionnelle	ÉE	–	X	X	X	X	X	X	X
Rationalité	(ÉM)	–	X	(X)	(X)	(X)	(X)	(X)	(X)
Imagination	LM	X	X	X	X	X	X	X	X

*Note.* Pour la rationalité, les parenthèses réfèrent au fait que la rationalité n'implique pas nécessairement de la mentalisation. ÉM = États mentaux; ÉE = États émotionnels; LM = Langage métaphorique; X = caractéristique présente; – = caractéristique absente.

### ***Conscience psychologique (psychological mindedness) et insight***

La conscience psychologique (CP) correspond à la mise en relation délibérée des comportements, des sensations et des pensées (Appelbaum, 1973; Farber, 1985; Woynowskie, 2017). La CP concerne s'applique autant à soi qu'aux autres (Appelbaum, 1973; Farber, 1985). Elle présente des chevauchements conceptuels avec : (1) l'empathie et (2) les axes cognitif-affectif, soi-autres et interne-externe de la mentalisation explicite (Beitel et al., 2005; Choi-Kain & Gunderson, 2008). La CP insiste sur les états mentaux explicites du soi, tandis que la mentalisation peut alterner entre des modes implicites et explicites (Choi-Kain & Gunderson, 2008; Fenigstein, 1997; Woynowskie, 2017). De plus, contrairement à la mentalisation, la notion actuelle de CP tient compte de la capacité d'une personne à bénéficier d'une psychothérapie (p. ex., Conte et al., 1990, 1996). En somme, la CP mesure tous les axes de la mentalisation (sauf pour la mentalisation implicite).

### ***Théorie de l'esprit (theory of mind)***

La théorie de l'esprit (TDE) se définit par : (1) la reconnaissance de l'indépendance des états mentaux des autres et (2) la capacité de comprendre adéquatement leurs états mentaux et de les prédire (Choi-Kain & Gunderson, 2008). Il existe deux modèles théoriques de la TDE : la théorie de la théorie (*theory theory*) et la théorie de la simulation (*simulation theory*; Gallagher, 2013). Toutes deux précisent que l'opacité de l'esprit de l'autre constitue la principale source de motivation à comprendre ce dernier, que ce soit par des inférences (*theory theory*) ou par des simulations mentales (*simulation theory*). La

TDE implique la formation de métareprésentations, c'est-à-dire des représentations de représentations des états mentaux des autres (Frith, 1992; Semerari et al., 2007; Sperber, 2000). Celles-ci peuvent être formées de manière implicite/automatique (TDEi) ou explicite/consciente (TDEe; Apperly & Butterfill, 2009). La TDE s'attarde aux états mentaux des autres à l'aide des axes interne-externe, cognitif et implicite-explicite de la mentalisation. La TDE se distingue de la mentalisation. D'une part, les inférences sur les états mentaux des autres n'impliquent pas l'activation, l'identification et la régulation d'émotions (Beaulieu-Pelletier et al., 2013; Carpendale & Chandler, 1996; Fonagy & Target, 1997b). D'autre part, dans la TDE, les inférences par rapport aux états mentaux des autres se font sans implication affective et relationnelle (Choi-Kain & Gunderson, 2008; Fonagy & Luyten, 2009; Fonagy & Target, 1997b). Ainsi, la définition de la TDE exclut deux aspects centraux de la mentalisation, soit l'expérience émotionnelle soi-autre et l'attachement.

### ***Métacognition***

La métacognition réfère à la capacité d'identifier des états mentaux et ensuite à réfléchir sur ceux-ci de manière flexible et critique (Semerari et al., 2007). Elle concerne à la fois les états mentaux de soi et des autres. Tout comme la TDE, la métacognition implique la formation de métareprésentations (Semerari et al., 2007; Sperber, 2000). Elle permet à une personne de se représenter cognitivement des problématiques personnelles et sociales et de mettre en place des mécanismes d'adaptation (processus de maîtrise; Semerari et al., 2007). Tout comme la mentalisation, la métacognition s'intéresse à la

manière qu'ont les personnes de penser leurs états mentaux. Toutefois, la mentalisation n'implique pas de processus de maîtrise.

### ***Pleine conscience (mindfulness)***

La pleine conscience (PC) provient du bouddhisme (Allen, 2006). Actuellement, elle se définit comme la capacité d'être attentif·ve et réceptif·ves face à toute expérience vécue dans le moment présent, quelle que soit sa nature (Brown & Ryan, 2003). La PC comporte deux composantes, soit : (1) une attention portée envers l'expérience actuelle; et (2) une attitude générale d'ouverture, de curiosité et d'acceptation (Bishop et al., 2004). La PC sollicite activement les fonctions exécutives d'attention soutenue, d'inhibition et d'alternance. Tout comme la mentalisation, la PC s'attarde à l'attention portée envers les états mentaux et à la régulation émotionnelle (Allen, 2001, 2005, 2006; Brown & Ryan, 2003).

Tandis que la PC se centre sur l'expérience psychique actuelle, la mentalisation peut autant s'inscrire dans le passé, que dans le présent ou le futur (Choi-Kain & Gunderson, 2008). Alors que la PC s'attarde seulement aux états mentaux du soi, la mentalisation peut autant concerner les états mentaux de soi comme de ceux l'autre. La PC implique une perception non évaluatrice des états mentaux (Allen, 2006). Elle est donc implicite, tandis que la mentalisation peut aussi être consciente. En bref, la PC recoupe les facettes de la mentalisation internes, externes, affectives, cognitives implicites du soi.

### ***Alexithymie***

L'alexithymie se définit par une incapacité à identifier et à décrire des états émotifs (p. ex., émotions) ainsi qu'à les distinguer des sensations physiologiques en cas d'activation émotionnelle (Taylor et al., 1991). Elle se manifeste par une pensée concrète (c.-à-d., centrée sur les stimuli provenant de l'environnement; Sifneos, 1973). Elle entraîne une restriction de la vie imaginative (p. ex., rêves, fantasmes). Selon une reconceptualisation récente, l'alexithymie se caractériserait par des déficits de la représentation consciente des émotions, ce qui perturberait la régulation émotionnelle (Emde, 1984; Taylor et al., 1997). En raison de leur difficulté à identifier leurs propres ressentis, les personnes alexithymiques verbaliseraient mal leur détresse psychologique aux autres et ne parviendraient donc pas à obtenir le soutien recherché (Taylor et al., 1997). Comme la mentalisation, l'alexithymie est associée à la (dys)régulation émotionnelle (Allen, 2006; Taylor et al., 1997). Toutefois, l'alexithymie couvre seulement les pôles de la mentalisation affective-cognitive, explicite et interne propres à soi.

### ***Empathie***

L'empathie correspond à la conscience des états émotionnels de détresse chez les autres (Allen, 2006). Tout comme la mentalisation, elle promeut des comportements prosociaux et elle se présente selon un continuum implicite-explicite. Le processus d'empathie implicite se déroule en deux étapes. Premièrement, il y a contagion émotionnelle : cette étape permet à une personne de s'identifier émotionnellement à une autre personne. Aucune différenciation n'est effectuée entre leurs vécus émotionnels

respectifs. Deuxièmement, la conscience de soi et de l'autre favorise un processus de différenciation soi-autre et de régulation émotionnelle. L'empathie cognitive constitue une forme plus explicite de l'empathie. Tout comme la mentalisation explicite, l'empathie cognitive nécessite des efforts conscients pour se représenter les états émotionnels d'autrui. En somme, similairement à la mentalisation, l'empathie peut être implicite ou explicite. Cependant, elle se limite aux états émotionnels (et non pas aux états mentaux) externes des autres (c.-à-d., les composantes affective et externe de la mentalisation).

### ***Intelligence émotionnelle***

L'intelligence émotionnelle (IE) est la capacité adaptative d'une personne à raisonner avec ses émotions (Mayer & Salovey, 1997; Mayer et al., 2000). Elle comprend quatre domaines : (1) perception et expression émotionnelles (c.-à-d., identification des émotions chez soi et les autres et mise en relation avec d'autres états mentaux); (2) traitement de l'information émotionnelle (c.-à-d., raisonner à l'aide d'émotions); (3) compréhension et analyse émotionnelle; et (4) régulation émotionnelle (c.-à-d., ouverture face à l'émotion et régulation émotionnelle adaptative). Comme l'empathie, l'IE s'attarde aux états émotionnels (Allen, 2006). Cependant, contrairement à celle-ci, elle se limite à des processus explicites et elle recoupe complètement les axes soi-autres, interne-externe et cognitif-affectif de la mentalisation.

### ***Rationalité***

De manière générale, la rationalité réfère à la capacité de réfléchir avant d'agir (Allen, 2006). Elle implique de considérer rigoureusement de toutes les alternatives possibles à une situation donnée et d'effectuer le choix le plus optimal possible. La rationalité se rapproche donc de la notion de mentalisation explicite (Allen, 2006; Scanlon, 1998; Searle, 2001). Toutefois, la rationalité se distingue du concept global de la mentalisation, puisqu'il n'implique pas nécessairement le recours à des états mentaux. En effet, on peut agir rationnellement (p. ex., choisir de ne pas boire et conduire pour éviter un accident de voiture) sans mentaliser (p. ex., éviter de boire et de conduire pour ne pas provoquer la colère de son épouse; Allen, 2006). Tout comme la rationalisation n'est pas nécessairement signe de mentalisation, la mentalisation elle-même ne relève pas nécessairement d'un raisonnement (c.-à-d., dans le cas de la mentalisation implicite).

### ***Imagination***

La mentalisation – autant implicite qu'explicite – tire ses racines de la faculté d'imagination (Allen, 2006). Par exemple, en mentalisation implicite, notre imagination nous permet d'interpréter automatiquement un sourcil froncé comme un signe de colère. En mentalisation explicite, notre imagination nous permet de créer des scénarios potentiellement explicatifs du comportement d'autrui (p. ex., spéculer sur les raisons derrière le retard inhabituel d'un ami). La faculté d'imagination repose en grande partie sur un langage métaphorique (Lakoff & Johnson, 2003). Contrairement à l'imagination, la mentalisation ne se limite pas au langage. Par exemple, comme nommé précédemment,



la mentalisation explicite peut impliquer la prise de perspective empathique de l'autre (Heal, 2003). Ainsi, il sera donc nécessaire de faire preuve d'imagination pour aller au-delà des mots afin de voir, d'entendre, de goûter, de sentir et de ressentir la réalité affective de l'autre telle qu'il/elle l'appréhende. Puisqu'elle requiert une forme d'imagination restreinte qui demeure ancrée dans la réalité, la mentalisation n'est pas un synonyme exact de l'imagination. Par conséquent, la mentalisation se situe à mi-chemin d'un continuum partant d'une posture de non-mentalisation (c.-à-d., absence d'imagination; p. ex., pensée concrète) à de la mentalisation déformée (c.-à-d., imagination hyperactive et débridée; p. ex., hallucinations et délire paranoïaque).

### **Mentalisation en contexte relationnel**

La mentalisation offre plusieurs avantages instrumentaux et intrinsèques (Allen, 2006). D'un point de vue personnel, la mentalisation permet à chaque personne d'être davantage en contact avec soi et de s'apprécier. D'un point de vue interpersonnel, la mentalisation permet de vivre des relations intimes et authentiques. Par exemple, en relation, la mentalisation explicite favorise la régulation émotionnelle, la collaboration, la communication, l'influence mutuelle et la résolution de problèmes.

La mentalisation (ou l'absence de) est fondamentalement interactive : elle s'ancre dans la relation interpersonnelle (Allen, 2006; Luyten & Fonagy, 2014). D'ailleurs, elle est essentiellement déterminée par des influences environnementales au fil du développement de l'enfant (Hughes et al., 2005). L'enfant apprend à mentaliser au sein de relations

d'attachement précoces sécurisantes (Bateman & Fonagy, 2016). Ses propres capacités de mentalisation dépendent du degré auquel ses propres états mentaux auront été adéquatement compris par des figures d'attachement adéquates (c.-à-d., bienveillantes, non menaçantes et répondant à ses besoins). L'enfant acquiert de solides capacités de mentalisation lorsqu'un adulte ne se contente pas simplement de refléter ses états mentaux, mais qu'il lui transmet aussi sa compréhension de ceux-ci à l'aide d'une réponse appropriée (Fonagy et al., 2002; Gergely & Watson, 1996). En contrepartie, la pauvre qualité de la mentalisation des parents ou encore certains facteurs développementaux (p. ex., traumatismes dans les relations d'attachement et autres expériences infantiles aversives) et psychopathologiques peuvent altérer les capacités de mentalisation d'une personne de manière relativement stable (Allen, 2001; Bateman & Fonagy, 2016; Fonagy et al., 2002; Fonagy & Target, 1997b).

La mentalisation est à la fois une habileté relativement stable, mais aussi sujette à des variations intraindividuelles (Allen, 2001; Fonagy et al., 2002; Fonagy & Target, 1997b; Fonagy et al., 1997). Les capacités de mentalisation d'une personne sont influencées par la qualité de la mentalisation de ses interlocuteurs. Par exemple, interagir avec une personne présentant une mentalisation de faible qualité augmente les risques d'éprouver soi-même des difficultés de mentalisation (Allen, 2006; Bateman & Fonagy, 2016).

Certains contextes interpersonnels sont particulièrement susceptibles d'affecter les capacités de mentalisation d'une personne. D'une part, l'activation du système d'attachement diminue ou désactive les capacités de mentalisation (Bateman &

Fonagy, 2016). Ce phénomène est particulièrement présent chez les personnes ayant vécu des traumatismes d'attachement. Leur système d'attachement est constamment hyperactif, ce qui provoque une diminution de leurs capacités de mentalisation. D'autre part, la mentalisation est davantage sujette à des variations en contexte d'activation psychologique (*psychological arousal*; p. ex., stress interpersonnel; Bateman & Fonagy, 2016). Typiquement, la mentalisation explicite sera inhibée au profit de processus de mentalisation implicites et rapides. La fréquence d'exposition à des stress interpersonnels peut diminuer le seuil de tolérance requis pour passer à des processus de mentalisation implicites. Cela peut être problématique dans les cas où une situation interpersonnelle stressante exige une analyse cognitivement complexe.

### ***Modes de non-mentalisation***

Les contextes d'attachement chargés émotionnellement peuvent enrayer les processus de mentalisation (Bateman & Fonagy, 2016). Ils peuvent entraîner la réémergence de modes de non-mentalisation typiquement observés chez l'enfant prémentalisant. Il existe trois modes de non-mentalisation : (1) le mode d'équivalence psychique, (2) le mode téléologique, et (3) le mode de « faire-semblant ». Chacun d'entre eux correspond à des perturbations précises des axes de la mentalisation.

**Mode d'équivalence psychique.** Ce mode repose sur une équivalence isomorphique entre l'expérience psychique vécue et la réalité externe telle qu'elle est réellement (c.-à-d., conviction que la réalité psychique correspond à la réalité externe; Bateman &

Fonagy, 2016). Les états mentaux y sont vivides, voire trop réels pour qu'une personne puisse envisager des perspectives alternatives à leur représentation de la réalité externe. Cela peut mener à des expériences psychiques terrifiantes (p. ex., *flashbacks*). Le mode d'équivalence psychique se caractérise donc par un surinvestissement des pensées portant sur des affects internes et il s'accompagne paradoxalement de difficultés de mentalisation cognitive.

**Mode téléologique.** Dans le mode téléologique, les états mentaux ne sont reconnus que lorsqu'ils sont concrètement observables (Bateman & Fonagy, 2016; p. ex., interpréter la réception d'un cadeau comme une preuve d'amour de l'être aimé). Ce mode peut inciter une personne à se comporter de manière inappropriée ou exagérément dramatique afin d'amener son interlocuteur à démontrer ce qu'il ressent (p. ex., inquiétude). L'accent porté sur les manifestations observables des états mentaux du soi et des autres (mentalisation externe) traduit un désinvestissement de la mentalisation interne.

**Mode « faire-semblant ».** Le mode « faire-semblant » (*pretend mode*) implique une dissociation des états mentaux de la réalité (Bateman & Fonagy, 2016; Fonagy et al., 2011). Il peut se manifester par de la déréalisation ou de la dissociation. Ce mode s'observe normalement chez l'enfant prémentalissant via la création de réalités alternatives coupées du monde réel et du vécu affectif. Chez l'adulte, ce mode se caractérise par une tendance à l'hypermentalisation (c.-à-d., des états mentaux qui sont dépourvus de contenu affectif et qui sont particulièrement intellectualisés). Le mode « faire-semblant » implique la perte du

rôle inhibiteur des émotions. Via ce mode, il est possible qu'une personne utilise ses capacités cognitives pour ses propres fins au détriment d'autrui (p. ex., abus, manipulation). En somme, le mode « faire semblant » correspond à un surinvestissement de la mentalisation implicite et interne au profit de la mentalisation explicite et externe.

### **Mentalisation chez les thérapeutes**

Les thérapeutes s'appuient sur leurs propres capacités de mentalisation pour faire mentaliser leurs client·es (Allen, 2006). Elles sont en partie déterminées par des facteurs développementaux comme le style d'attachement. De manière générale, les thérapeutes avec un attachement insécurisé seraient plus à risque de vivre des déficits de mentalisation et d'agir leur contre-transfert auprès de leurs client·es (Slade, 2008). Au-delà des classifications cliniques des styles d'attachement, des auteurs comme Wallin (2014) considèrent que le style d'attachement du thérapeute fluctue en fonction du contexte thérapeutique et de facteurs développementaux. Wallin parle d'états d'esprit propres à chaque style d'attachement. Chacun de ces états d'esprit présente des implications pour la mentalisation des thérapeutes. L'état d'esprit de l'attachement sécurisé favorise une posture optimale de mentalisation chez le/la thérapeute étant donné son ouverture à faire dialoguer ses états mentaux avec ceux de son/sa client·e. En contrepartie, les états d'esprit de l'attachement insécurisé seraient liés à des déséquilibres dans la mentalisation du thérapeute. L'état d'esprit évitant serait activé quand un/une thérapeute craindrait d'être contrôlé·e ou rejeté·e par son/sa client·e. Il amènerait le/la thérapeute à prioriser ses états mentaux au détriment de ceux de son/sa client·e. Il encourageait l'analyse des

comportements et des cognitions plutôt que l'accueil émotionnel. Cet état d'esprit entrainerait une plus grande distance relationnelle entre un/une thérapeute et son/sa client·e. L'état d'esprit anxieux s'activerait lorsque le/la thérapeute craint d'être abandonné·e par son/sa client·e ou d'être en conflit avec il/elle. Contrairement à l'état d'esprit évitant, l'état d'esprit anxieux se distinguerait par la priorisation des états mentaux des client·es et des contenus affectifs. Chez les thérapeutes, cet état se traduirait par de la soumission, par un manque de frontières relationnelles, par des efforts pour plaire ou pour rassurer leurs client·es et par des dévoilements. Finalement, l'état d'esprit de l'attachement non résolu se définit par l'activation d'expériences d'attachement traumatiques non intégrées chez les thérapeutes. Les thérapeutes agissent un rôle (p. ex., de victime, d'agresseur·e), ce qui les amène à être moins disponibles pour soutenir leurs client·es dans l'intégration de leurs expériences d'attachement.

L'intensité de la charge émotionnelle ressentie par les thérapeutes influencerait leurs capacités de mentalisation : plus elle est forte, moins les thérapeutes seraient en mesure de mentaliser leurs états mentaux et ceux de leurs client·es de manière ajustée (Allen, 2006). Certaines clientèles seraient plus susceptibles que d'autres d'induire un état de stress prononcé chez les thérapeutes. Les client·es présentant un TP font partie de cette catégorie en raison de leur tendance à extérioriser leurs états mentaux non désirés (p. ex., violence verbale, autoagression; Bateman & Fonagy, 2016; Blair, 2008; Blatt, 2008).

### **Présentation des relations entre les variables à l'étude**

La sous-section suivante présente les interrelations entre le contre-transfert, la mentalisation du thérapeute et la gestion du cadre en psychothérapie.

#### **Liens entre la gestion du cadre psychothérapeutique, le contre-transfert et la mentalisation**

Les frontières du cadre thérapeutique délimitent les comportements thérapeutiques de ceux qui sont contre-thérapeutiques (OPQ, 2008). Les thérapeutes sont les gardien·nes du cadre. Ils/elles doivent l'établir et préserver son intégrité. L'efficacité de la thérapie en dépend (Gabbard, 2016).

La qualité de la relation thérapeutique est fonction d'une coconstruction complexe entre un/une client·e et son/sa thérapeute (Gelso, 2004). Cette perspective met de l'avant la nature interactionnelle entre les besoins spécifiques des client·es et la subjectivité des thérapeutes (Gelso, 2004; Greenberg, 1995). Le maintien du cadre est essentiel pour prévenir des résultats contre-thérapeutiques en psychothérapie (p. ex., Hines et al., 1998). Toutefois, la gestion de la relation thérapeutique serait influencée par la capacité du thérapeute à mentaliser ses états mentaux et à gérer son contre-transfert. De manière générale, les thérapeutes ayant un niveau élevé de mentalisation gèrent mieux leur CT face à une clientèle difficile que ceux ayant un niveau de mentalisation plus faible (Rizq & Target, 2010). La mentalisation du CT serait associée à une diminution des agissements contre-transférentiels nuisibles, notamment en présence de client·es difficiles et exigeant·es, ce qui optimiserait l'efficacité thérapeutique (Hayes et al., 2011; Rizq & Target, 2010). La

littérature décrit la mentalisation comme une faculté fluctuant selon le contexte relationnel (p. ex., Bateman & Fonagy, 2004; Luyten & Fonagy, 2014). Les capacités de mentalisation des thérapeutes seront influencées par l'intensité des émotions vécues et leur style d'attachement (Allen, 2006). Ainsi, la mentalisation des thérapeutes varie au sein d'une relation thérapeutique donnée d'un/une client·e à l'autre (Diamond et al., 2003). Les difficultés relationnelles de certaines clientèles (p. ex., celles avec un TP) peuvent susciter des réactions contre-transférentielles intenses (Davidtz, 2008). Ce contexte est propice à la diminution temporaire des capacités de mentalisation des thérapeutes (Allen, 2006). Plus ces dernières sont altérées, moins les thérapeutes seraient en mesure de conscientiser leurs réactions affectives et de les gérer thérapeutiquement (Gabbard, 2016). Ce contexte entrainerait la mise en place d'aménagements au cadre de moins en moins optimaux à la manière du phénomène de la pente glissante. L'augmentation du nombre d'aménagements contre-thérapeutiques au cadre entrainerait des conséquences de plus en plus contre-thérapeutiques pour les client·es (Hines et al., 1998).

Ce ne sont pas tous les thérapeutes qui effectuent des assouplissements au cadre qui vont s'engager dans la trajectoire de la pente glissante (Hines et al., 1998). La littérature suggère certains profils sociodémographiques de thérapeutes plus à risque d'avoir une gestion du cadre problématique. Ces profils pourraient aider à repérer des facteurs de risque et de protection de gestion du cadre.



### **Profil sociodémographique des thérapeutes et aménagements du cadre psychothérapeutique**

Cette sous-section présente les associations entre les caractéristiques sociodémographiques des thérapeutes et la gestion du cadre thérapeutique. La littérature scientifique sur le sujet est plutôt lacunaire, mais elle suggère que certaines caractéristiques sociodémographiques des thérapeutes seraient liées à la mise en place de certains aménagements au cadre. La présente étude vise à éclaircir ce portrait dans une perspective exploratoire.

#### ***Bris de cadre sexuels***

Un profil sociodémographique est fréquemment évoqué : les bris de cadre de nature sexuelle impliqueraient des thérapeutes de sexe masculin plus âgés, plus expérimentés et en position de responsabilité professionnelle envers de jeunes clientes (Garrett & Davis, 1998; Holroyd & Brodsky, 1980; Lamb & Catanzaro, 1998; Pope et al., 1979). Non seulement les thérapeutes masculins seraient plus à risque de commettre des bris de cadre de nature sexuelle avec des clientes de sexe opposé ou de même sexe, ils présenteraient aussi un risque de récurrence plus élevé (Bouhoutsos et al., 1983; Gartrell et al., 1986; Holroyd & Brodsky, 1977; Jackson & Nuttall, 2001; Lamb & Catanzaro, 1998; Swiggart et al., 2008). D'autres études appuient le lien entre le sexe masculin et les bris de cadre de nature sexuelle, mais n'ont pas trouvé d'associations significatives avec l'âge et les années d'expérience des thérapeutes (Borys & Pope, 1989; Swiggart et al., 2008). Les psychologues détenteur·ices d'un doctorat seraient moins à risque de commettre des bris de cadre sexuels que ceux/celles qui possèdent une maîtrise (Stake & Oliver, 1991).

Les thérapeutes célibataires ou divorcé·es seraient plus à risque d'avoir des contacts sexuels avec leurs client·es (Thoreson et al., 1993). D'autres études signalent toutefois un effet non significatif du statut marital sur la prédiction des bris de cadre sexuels (Garrett & Davis, 1998; Lamb & Catanzaro, 1998).

Selon Borys et Pope (1989), les psychiatres, les psychologues et les travailleurs sociaux ne se distinguent pas dans la prévalence des bris de cadre sexuels. Dans l'étude de Gartrell et ses collaborateurs (1986), les psychiatres ayant commis un bris de cadre de nature sexuelle auraient significativement plus de probabilités d'avoir effectué une psychothérapie personnelle ou une psychanalyse. Les psychiatres récidivistes auraient moins tendance à rechercher de l'aide en lien avec les bris de cadre sexuels commis que leurs collègues qui en sont à leur premier en la matière.

Les études recensées n'ont pas identifié de liens significatifs entre l'ethnicité des thérapeutes et les bris de cadre sexuels (Lamb & Catanzaro, 1998; Swiggart et al., 2008).

### ***Bris de cadre nonsexuels***

À l'heure actuelle, la littérature ne permet pas d'identifier un lien clair entre les bris de cadre nonsexuelles et le sexe des thérapeutes (Garrett & Davis, 1998; Holroyd & Brodsky, 1977; Hines et al., 1998; Pope et al., 1987; Stake & Oliver, 1991). Cela dit, les thérapeutes masculins seraient davantage impliqués dans des conflits de rôles que leurs collègues féminines (Borys & Pope, 1989; Hines et al., 1998).

Les thérapeutes plus âgé·es auraient plus tendance à agir de manière informelle avec leurs client·es ou à les exploiter que leurs collègues plus jeunes (Epstein et al., 1992; Pope et al., 1979; Vesentini et al., 2022). Ces résultats seraient partiellement corroborés par ceux de Hines et ses collègues (1998) : les thérapeutes plus vieux seraient plus à risque d'être impliqué·es dans des conflits de rôle. Toutefois, leurs résultats montrent que plus les thérapeutes sont jeunes, plus ils/elles commettraient des bris de cadre divers (p. ex., câlin à des client·es, bris de confidentialité, fraude).

Selon Hines et ses associés (1998), les thérapeutes marié·es, divorcé·es ou séparé·es auraient plus de risques de s'investir dans une relation dépassant le cadre de la thérapie avec leurs client·es que leurs collègues célibataires, alors que Borys et Pope (1989) rapportent un effet non significatif du statut marital sur les aménagements au cadre.

Hines et ses collègues (1998) rapportent que les thérapeutes caucasien·nes auraient plus tendance à entretenir des conflits de rôles que leurs collègues non caucasien·nes.

Un état de détresse significative dans la vie personnelle ou professionnelle des thérapeutes limiterait son efficacité en plus d'augmenter le risque de bris de cadre et de sanctions professionnelles (Bleiberg, 2006; Katsavdakakis et al., 2004; Sherman & Thelen, 1998). Plusieurs études et articles théoriques soulignent le rôle protecteur de la supervision, de l'intervision, de la consultation ou de la psychothérapie dans le non-

agissement de bris de cadre (p. ex., Gutheil & Brodsky, 2008; Vesentini et al., 2023). Ces modalités seraient sous-utilisées par craintes d'une condamnation (Vesentini et al., 2023).

### ***Propension générale aux bris de cadre***

Une pratique solitaire, au privé, en milieu rural ou en banlieue serait associée à des aménagements au cadre plus fréquents ou problématiques (Borys & Pope, 1989; Epstein et al., 1992; Hines et al., 1998). Même s'il est suggéré que la gestion du cadre thérapeutique dépendrait de facteurs culturels, cette caractéristique est presque absente de la littérature (Gutheil, 2014; Tummala-Narra, 2021). Il est donc difficile d'en tirer des conclusions. Finalement, plusieurs études rapportent des résultats contradictoires et parcellaires quant à la contribution du type de profession des thérapeutes et de l'orientation théorique sur les bris de cadre en thérapie (Borys & Pope, 1989; Hines et al., 1998; Holroyd & Brodsky, 1977).

En dehors des considérations pour les bris de cadre de nature sexuelle, la littérature sur les déterminants sociodémographiques des thérapeutes sur les types et la fréquence des aménagements au cadre psychothérapeutique est peu claire, ce qui rend difficile l'établissement de profils sociodémographiques des thérapeutes plus à risque. Cette littérature est vieillissante : la majorité des études citées date des années 80 et 90. Une mise à jour serait nécessaire afin de tenir compte de facteurs sociaux actuels pouvant exacerber le risque d'aménagements problématiques et leur déclaration (popularisation de la téléthérapie, montée de mouvements sociaux de dénonciation des violences sexuelles).

De plus, la totalité des études citées ont été réalisées à l'extérieur du Québec. Elles ne tiennent pas compte des particularités de la pratique de la psychothérapie au Québec ni de ses règles déontologiques qui sont différentes (p. ex., exigence du doctorat depuis 2006, actes réservés). Il devient donc difficile d'appliquer ces résultats à la réalité québécoise. La littérature gagnerait à être mise à jour de manière exhaustive auprès d'un échantillon de thérapeutes québécois·es.

### **Désirabilité sociale et prise de conscience des aménagements au cadre psychothérapeutique**

La désirabilité sociale se définit par une tendance universelle chez une personne donnée à se présenter en exagérant ses caractéristiques positives (McCrae & Costa, 1983). Elle implique la minimisation ou la négation, délibérément ou non, de traits personnels jugés comme socialement indésirables ou répréhensibles (Jacobson et al., 1977; Millham, 1974; Paulhus, 1984, 1991; Sackeim & Gur, 1978). Ainsi, le contexte même de l'évaluation d'aménagements au cadre thérapeutique serait susceptible d'exacerber la désirabilité sociale des thérapeutes, particulièrement dans le cas d'aménagements plus graves comme les bris de cadre à caractère sexuel (Dickeson et al., 2020; Garfinkel et al., 1997; Vesentini et al., 2022). Par exemple, même si 37 bris de cadre à caractère sexuel sont recensés par Parsons et Wincze (1995), seul un a été formellement rapporté à la Rhode Island Board of Examiners in Psychology. Toutefois, plusieurs études recensent une diminution marquée de la prévalence de ces bris de cadre durant les dernières décennies (Borys & Pope, 1989; Gartrell et al., 1986; Holroyd & Brodsky, 1977; Pope et al., 1979, 1987). Il pourrait donc s'agir d'une réelle baisse de leur prévalence, laquelle

serait explicable par des efforts accrus de sensibilisation et de prévention ainsi que de la mise en place de nouvelles législations (Pope, 1990; Vesentini et al., 2022). Comme la désirabilité sociale a peu été utilisée comme mesure de contrôle lors d'enquêtes de prévalence précédentes, il est difficile de mesurer son impact réel sur l'honnêteté des thérapeutes quant à leur gestion du cadre thérapeutique. Dans le même ordre d'idées, la désirabilité sociale semble avoir peu été prise en compte dans l'élaboration d'outils psychométriques sur la gestion du cadre jusqu'à présent. Cette lacune, ainsi que d'autres repérées au sein des instruments existants, seront explicitées.

### **Revue critique des instruments mesurant les aménagements au cadre psychothérapeutique perçus et rapportés**

Cette sous-section compare les instruments sur les aménagements au cadre en psychothérapie selon leur dimensionnalité. Elle met en lumière le manque à combler d'outils psychométriques francophones exhaustifs sur le cadre en psychothérapie. Seuls les outils comportementaux et autorapportés par les thérapeutes sont considérés afin de faciliter leur comparaison au QACP. Les outils recensés ont tous été développés en anglais : les items et choix de réponse présentés ont donc fait l'objet d'une traduction libre. Les échelles et les sous-échelles mesurant des attitudes ou qui ne traitent pas de la relation psychothérapeutique ont été exclues (p. ex., Celenza, 2007; Conte et al., 1989; Dickeson & Smout, 2018; Ramsdell & Ramsdell, 1994). Le Tableau 2 présente ces outils dans de plus amples détails.

**Tableau 2**

*Propriétés psychométriques mesurées et analyse critique des outils sur les aménagements au cadre psychothérapeutique*

Outils	Propriétés psychométriques rapportées			Analyse critique de l'outil (dimensionnalité et utilité clinique)
	Normes	Fidélité	Validité	
BIP (Kendall et al., 2011)	Mesures de tendance centrale et de dispersion	Cohérence interne (alpha de Cronbach, coefficient bipartite de Guttman)	Corrélations (item-échelle, item-total et score échelle-score total)	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Les participant·es doivent répondre au BIP en se référant à des vignettes cliniques. La comparaison de la pratique des participant·es aux situations décrites augmente le risque d'un biais subjectif et d'une distanciation affective;</li> <li>– Participant·es de l'échantillon normatif œuvrent en milieu hospitalier. Ils n'exercent pas la psychothérapie;</li> <li>– Sous-représentation des aménagements relationnels;</li> <li>– Omission des aménagements formels.</li> </ul>
BVI (Swiggart et al., 2008)	Mesures de tendance centrale et de dispersion	Cohérence interne (alpha de Cronbach)	Validité de construit (analyse par composantes principales)  Validité critériée convergente (critères internes et externes)	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Certains items ne concernent pas la relation thérapeutique : le BVI mesure davantage la vulnérabilité générale du clinicien à commettre des violations du cadre dans l'ensemble de ses rôles professionnels;</li> <li>– Items mettent l'accent sur le caractère relationnel des aménagements sexuels et non sexuels. Majorité des items reflètent l'implication des thérapeutes auprès de leurs client·es. Peu d'items mesurent des comportements de négligence ou de désinvestissement;</li> </ul>

**Tableau 2**

*Propriétés psychométriques mesurées et analyse critique des outils sur les aménagements au cadre psychothérapeutique (suite)*

Outils	Propriétés psychométriques rapportées			Analyse critique de l'outil (dimensionnalité et utilité clinique)
	Normes	Fidélité	Validité	
			Analyses de sensibilité et de spécificité	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Items font souvent référence à une intention. Ils pourraient être difficiles à répondre pour un thérapeute qui rencontre des difficultés de mentalisation;</li> <li>– Certains items formulés de manière vague laissent place à interprétation;</li> <li>– Échelle de réponse non opérationnalisée : augmente le risque d'un biais subjectif.</li> </ul>
EI (Epstein & Simon, 1990; Epstein et al., 1992)	Mesures de tendance centrale et de dispersion	Cohérence interne (alpha de Cronbach)	Validité de construit (analyse factorielle)	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Items mesurent seulement les relations d'exploitation. Ne mesurent pas d'aménagements relationnels;</li> <li>– Items mesurent à la fois des aménagements au cadre et des éléments contre-transférentiels : problématique pour la validité de construit.</li> </ul>
QSN (Gartrell et al., 1986)	Non disponible	Non disponible	Non disponible	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Mesure des gestes sexuels psychiatre-client·e seulement, pas de mesure d'autres aménagements dont ceux de nature relationnelle et non sexuelle, sauf pour la nature de la relation après les gestes sexuels rapportés;</li> <li>– Mesure de gestes sexuels entre le·la psychiatre et leur(s) propre(s) thérapeutes.</li> </ul>



**Tableau 2**

*Propriétés psychométriques mesurées et analyse critique des outils sur les aménagements au cadre psychothérapeutique (suite)*

Outils	Propriétés psychométriques rapportées			Analyse critique de l'outil (dimensionnalité et utilité clinique)
	Normes	Fidélité	Validité	
QSN (Hines et al., 1998)	Non disponible	Cohérence interne (alpha de Cronbach)	Validité de construit (analyse par composantes principales)	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Met l'accent sur les conflits de rôles des psychiatres civils et militaires.</li> <li>– Pas d'items sur les aménagements sexuels et sur les relations d'exploitation;</li> <li>– Manque de couverture des aménagements plus généraux (p. ex., gestion des distractions) ou formels (p. ex., durée et fréquence des séances);</li> <li>– Pas spécifique à la psychothérapie;</li> <li>– Tentative d'échelle de réponse opérationnalisée (pourcentages). L'absence de période temporelle de référence rend son utilisation difficile;</li> <li>– Facteur « Items généraux » difficilement interprétable.</li> </ul>
QSN (Hutchinson, 1991)	Non disponible	Non disponible	Non disponible	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Un seul item mesure le type d'aménagement sexuel. Majorité des items mesurent des contextuels à celui-ci;</li> <li>– Majorité des échelles de mesure de fréquence non opérationnalisées : possible incidence d'un biais subjectif.</li> </ul>

**Tableau 2**

*Propriétés psychométriques mesurées et analyse critique des outils sur les aménagements au cadre psychothérapeutique (suite)*

Outils	Propriétés psychométriques rapportées			Analyse critique de l'outil (dimensionnalité et utilité clinique)
	Normes	Fidélité	Validité	
QSN (Kardener et al., 1973), administré par Holroyd et Brodsky (1977)	Mesures de tendance centrale et de dispersion pour deux items	Non disponible	Validité critériée avec les résultats de Kardener et al. (1973, 1976)	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Items mesurent les contacts physiques sexuels et non sexuels avec les client·es. Pas d'items sur les aménagements qui n'impliquent pas de contacts physiques;</li> <li>– Sexe des client·es conceptualisé de manière binaire;</li> <li>– Items peu définis et qui mesurent souvent plus d'un comportement à la fois;</li> <li>– Majorité des options de réponse sont opérationnalisées.</li> </ul>
QSN (Parsons & Wincze, 1995)	Non disponible	Non disponible	Non disponible	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Mesure des aménagements sexuels dans un suivi antérieur qui ont été rapportés aux thérapeutes actuel·les : introduit un risque de biais;</li> <li>– Aucune définition des gestes à caractère sexuel : risque d'un biais d'interprétation des participant·es. La nature des gestes a toutefois été mesurée;</li> <li>– Ensemble sous-représentatif d'aménagements non sexuels;</li> </ul>
QSN (Pope et al., 1979)	Non disponible	Non disponible	Non disponible	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Items mesurent seulement les aménagements sexuels;</li> <li>– Un seul item concerne les contacts sexuels des psychothérapeutes (pas nécessairement avec un·e client·e).</li> </ul>

**Tableau 2**

*Propriétés psychométriques mesurées et analyse critique des outils sur les aménagements au cadre psychothérapeutique (suite)*

Outils	Propriétés psychométriques rapportées			Analyse critique de l'outil (dimensionnalité et utilité clinique)
	Normes	Fidélité	Validité	
QSN (Pope et al., 1987)	Non disponible	Non disponible	Non disponible	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Items sont exhaustifs : ils mesurent des aménagements sexuels et non sexuels, ainsi que relationnels ou non relationnels;</li> <li>– Pas d'opérationnalisation de l'échelle de mesure donc possible biais subjectif dans l'évaluation de la fréquence;</li> <li>– Certains items mesurent des aménagements hors de la relation thérapeutique (p. ex., tenue de dossiers, supervision);</li> </ul>
QSN (Stake & Oliver, 1991)	Mesures de tendance centrale et de dispersion seulement pour la sous-échelle des comportements sexualisés	Non disponible	Validité de construit (analyse par composantes principales)	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Les items mesurent seulement les aménagements et les attitudes à caractère sexuel;</li> <li>– Sous-échelle sur les comportements sexualisés (thérapeutes) : <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Échelle de réponse opérationnalisée (fréquence), mais pas de période temporelle de référence;</li> <li>○ Sexe des client·es conceptualisé de manière binaire;</li> <li>○ Omission de plusieurs variables sociodémographiques d'intérêt chez les client·es;</li> <li>○ Items ne tiennent pas compte des nouvelles technologies (p. ex., <i>sexting</i>);</li> </ul> </li> </ul>

**Tableau 2**

*Propriétés psychométriques mesurées et analyse critique des outils sur les aménagements au cadre psychothérapeutique (suite)*

Outils	Propriétés psychométriques rapportées			Analyse critique de l'outil (dimensionnalité et utilité clinique)
	Normes	Fidélité	Validité	
				<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Certains items ne sont pas <i>nécessairement</i> des aménagements sexuels (p. ex., serrer les client·es dans ses bras): menace la validité de construit.</li> <li>– Sous-échelle sur l'attirance des thérapeutes envers les client·es : <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Échelle de réponse dichotomique : impossible de mesurer la fréquence des aménagements.</li> </ul> </li> <li>– Sous-échelle sur les réactions des thérapeutes face aux révélations de leurs client·es : <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Consigne réfère à une période temporelle de référence : réduit le risque d'un biais de rappel;</li> <li>○ Items mesurent seulement les aménagements pour aider les client·es. Pas d'items sur les comportements nuisibles (p. ex., blâmer la victime, etc.).</li> </ul> </li> </ul>

**Tableau 2**

*Propriétés psychométriques mesurées et analyse critique des outils sur les aménagements au cadre psychothérapeutique (suite)*

Outils	Propriétés psychométriques rapportées			Analyse critique de l'outil (dimensionnalité et utilité clinique)
	Normes	Fidélité	Validité	
SASP (Moles, 2014)	Non disponible	Non disponible	Non disponible	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Questionnaire conçu pour les spécificités de la psychologie du sport appliquée;</li> <li>– La totalité des items de la sous-échelle « Attirance sexuelle – comportements » peuvent s'appliquer à la psychothérapie « traditionnelle ». Même constat pour la majorité des items de la sous-échelle de « Transgressions du cadre non sexuelles »;</li> <li>– Items évoquent des rapprochements relationnels. Pas d'items faisant état de négligence ou de désinvestissement.</li> </ul>
TPS (Borys & Pope, 1989)	Non disponible	Non disponible	Non disponible	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Bon éventail de comportements témoignant de relations duelles (p. ex., amicales, d'affaires, amoureuses/sexuelles, etc.);</li> <li>– Manque d'exhaustivité dans la couverture conceptuelle des items : <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Plusieurs comportements problématiques manquants relatifs aux relations duelles;</li> <li>○ Aucun item ne mesure les aménagements « non relationnels » (p. ex., relatifs au lieu des séances, aux honoraires, à la durée et à la fréquence des rencontres).</li> </ul> </li> <li>– Plusieurs items trop vagues portant à interprétation (p. ex., gestes à caractère sexuel avec des client·es pendant/après la thérapie).</li> </ul>

**Tableau 2**

*Propriétés psychométriques mesurées et analyse critique des outils sur les aménagements au cadre psychothérapeutique (suite)*

Outils	Propriétés psychométriques rapportées			Analyse critique de l'outil (dimensionnalité et utilité clinique)
	Normes	Fidélité	Validité	
				<ul style="list-style-type: none"> <li>– Échelle de mesure pour les deux études : pas d'opérationnalisation de l'échelle de mesure donc possible biais subjectif dans l'évaluation de la fréquence;</li> <li>– Échelle de mesure pour l'étude sur les comportements : pas arrivé avec des client·es et pas eu l'opportunité ne sont pas distingués).</li> </ul>

*Note.* BIP = *Boundaries in Practice Scale* (Kendall et al., 2011); BVI = *Boundary Violation Index* (Swiggart et al., 2008); EI = *Exploitation Index* (Epstein & Simon, 1990; Epstein et al., 1992); QSN = Questionnaire sans nom; SASP = *Survey of Applied Sport Psychologists* (Moles, 2014); TPS = *Therapeutic Practices Survey* (Borys & Pope, 1989).

***Exploitation Index (EI; Epstein & Simon, 1990; validation initiale par Epstein et al., 1992)***

L'EI comporte 32 items. Il mesure la fréquence des comportements d'exploitation en psychothérapie. L'EI comporte une échelle Likert allant de *Jamais* (0) à *Souvent (mensuellement)* (3).

**Questionnaire sans nom (Pope et al., 1979)**

Le questionnaire se limite aux contacts sexuels avec des professionnel·les en psychologie, dont des thérapeutes.

**Questionnaire sans nom (Stake & Oliver, 1991)**

L'outil mesure les attitudes et les comportements sexuels entre les client·es et les psychologues. Il comporte trois sous-échelles comportementales (28 items au total). Ces échelles se répondent par un format de réponse de type Likert ou dichotomique. La première sous-échelle mesure les comportements sexualisés des thérapeutes envers leurs client·es (14 items). La deuxième sous-échelle mesure les réactions d'attirance des thérapeutes envers leurs client·es (7 items). La troisième sous-échelle documente les réactions des thérapeutes face aux révélations de leurs client·es de contacts sexuels avec d'autres thérapeutes (7 items).

**Questionnaire sans nom de Kardener et al. (1973), administré par Holroyd et Brodsky (1977)**

L'outil mesure la fréquence des contacts physiques sexuels et nonsexuels entre des psychologues et leurs client·es. Son nombre d'items est inconnu. Il utilise une échelle de réponse de type Likert allant de *Jamais* à *Toujours*.

**Questionnaire sans nom (Pope et al., 1987)**

L'instrument mesure les croyances et les comportements des thérapeutes en matière d'éthique. La sous-échelle comportementale (83 items) documente la fréquence d'un comportement avec une échelle de type Likert allant de *Jamais* (1) à *Très souvent* (5).

**Questionnaire sans nom (Hutchinson, 1991)**

L'outil mesure les comportements et attitudes de travailleurs sociaux face aux contacts sexuels entre thérapeutes et client·es. Sa sous-échelle sur les comportements sexualisés (14 items) est mesurée avec des échelles de réponse dichotomiques et catégorielles. Un seul item mesure les types de contacts sexuels : la majorité des autres évalue le contexte des contacts sexuels.

***Therapeutic Practices Survey* (Borys & Pope, 1989)**

Le TPS mesure les conflits de rôles entre les psychologues, les psychiatres et les travailleur·ses sociaux·ales et leurs client·es. Sa sous-échelle sur les pratiques des participant·es (20 items) se répond avec une échelle de type Likert allant de *aucun·e client·e ou pas eu l'opportunité* (1) à *tous les client·es* (5).



***Boundary Violation Index (BVI; Swiggart et al., 2008)***

Le BVI mesure les attitudes et les comportements sexualisés de médecins avec leurs client·es et leurs collègues (25 items). Les items sont répondus avec une échelle de type Likert allant de *Jamais* (0) à *Souvent* (3).

***Survey of Applied Sport Psychologists (SASP; Moles, 2014)***

Le SASP mesure les aménagements au cadre en psychologie du sport. Il comporte deux sous-échelles comportementales portant respectivement sur l'attirance sexuelle (5 items) et sur les transgressions au cadre non sexuelles (18 items). Leurs items sont mesurés avec une échelle de réponse dichotomique.

***Questionnaire sans nom (Gartrell et al., 1986)***

L'outil mesure les gestes sexuels posés par des psychiatres envers leurs client·es. Sa sous-échelle comportementale (21 items) est mesurée avec des échelles de réponse nominale et dichotomique. L'outil ne considère pas d'autres types d'aménagements.

***Questionnaire sans nom (Hines et al., 1998)***

L'outil mesure à la fois des aménagements relationnels et certains plus généraux auprès de psychiatres travaillant auprès de civils et de militaires. Il comporte deux sous-échelles. La première porte sur les conflits de rôles (8 items) et la deuxième sur des items généraux (14 items). Ces items évaluent la fréquence des aménagements avec une échelle analogue modifiée.

### **Questionnaire sans nom (Parsons & Wincze, 1995)**

Cet outil mesure les gestes à caractère sexuel dans un suivi antérieur qui ont été rapportés par les client·es. Il comprend deux sous-échelles comportementales, lesquelles mesurent : (1) les gestes sexuels posés (8 items), et (2) d'autres types d'aménagements (6 items) avec une échelle de réponse dichotomique.

### ***Boundaries in Practice Scale (BIP; Kendall et al., 2011)***

Le BIP mesure un éventail d'aménagements au cadre de travail de travailleur·es de la santé avec des vignettes cliniques. Il comprend une échelle comportementale (10 items). Elle invite les participant·es à indiquer s'ils/elles ont déjà vécu une situation similaire aux vignettes avec une échelle de type Likert allant de *Jamais* (1) à *Souvent* (4). L'outil ne s'adresse pas spécifiquement aux thérapeutes pratiquant la psychothérapie.

Ces instruments ont été validés aux États-Unis ou en Australie. Il n'existerait pas d'outil adapté à l'exercice de la psychothérapie au Québec. Aucun des instruments n'a été traduit en français, ce qui pose un problème d'accessibilité. La majorité de ces outils datent d'il y a plus de vingt ans, soit avant la popularisation de la téléthérapie. La quasi-totalité des échelles de mesure ont des choix de réponse qui font appel à des critères subjectifs des thérapeutes. Ils n'opérationnalisent pas la fréquence des comportements. Par exemple, les options de réponse du *Questionnaire sans nom* de Pope et al. (1987) vont comme suit : « jamais », « rarement », « parfois », « assez souvent » et « vraiment souvent ».

La majorité des items porte sur des violations au cadre sexuelles. À notre connaissance, aucun questionnaire n'opérationnalise le modèle de Zachrisson (2014). Peu d'items mesurent des assouplissements ou des transgressions non sexuels.

D'un point de vue psychométrique, aucun des outils ne comporte de sous-échelles de validité : cela limite l'évaluation de l'effet de la désirabilité sociale sur les réponses. Lorsque disponibles, les mesures de tendance centrale et de dispersion renvoient à des distributions asymétriques. Ces données sont rarement mentionnées, ce qui complexifie la comparaison des échantillons normatifs. La fidélité est rarement rapportée. Il en va de même pour la validité. La validité des outils est souvent appuyée par une validité de face. Peu d'études ont utilisé des analyses factorielles (AF) ou par composantes principales (ACP) pour évaluer la validité de construit (Epstein et al., 1992; Hines et al., 1998; Kendall et al., 2011; Stake & Oliver, 1991; Swiggart et al., 2008). Le manque de données psychométriques amenuise la confiance envers ces instruments.

Cette revue de la littérature met en lumière le besoin clinique et scientifique d'élaborer un instrument de qualité qui mesure l'éventail complet des aménagements au cadre en psychothérapie selon le modèle de Zachrisson (2014). L'absence d'un tel instrument autorapporté et en français a mené à l'élaboration du QACP – version 1 (Blais-Côté et al., 2016; Laliberté et al., 2017) et du QACP – version 2 (Laliberté, 2020).

## **Questionnaire sur les aménagements au cadre en psychothérapie (QACP)**

Cette sous-section s'attarde aux deux premières versions du QACP.

### **QACP – version 1 (Blais-Côté et al., 2016; Laliberté et al., 2017)**

Ce segment présente la première version du QACP, soit une brève description, son processus d'élaboration et de validation ainsi que ses propriétés psychométriques.

#### ***Description***

Le QACP – version 1 s'adresse aux thérapeutes qui souhaitent évaluer leur gestion du cadre psychothérapeutique auprès d'une clientèle adulte présentant un trouble de la personnalité (TP) ou des traits de personnalité pathologiques. L'outil a été validé auprès d'un échantillon détenant un permis de psychothérapie actif délivré par l'OPQ. Les items opérationnalisent le modèle de Zachrisson (2014). Ils mesurent des aménagements relationnels et formels. Les items se répondent sur une échelle de type Likert de cinq points allant de *Jamais* (1) à *Très souvent* (5) avec la possibilité d'endosser l'option *non applicable* (N.A.). Le QACP – version 1 comporte deux volets : (1) un volet général (gestion du cadre auprès de plusieurs client·es) et (2) un volet spécifique (auprès d'un/une client·e ciblé·e). Le volet spécifique (38 items) comprend tous les items du volet général (41 items), à l'exception des items sur le consentement libre, éclairé et continu qui ne pouvaient être transposés dans une échelle de réponse dichotomique. L'outil a été traduit du français à l'anglais par un traducteur indépendant.

### ***Processus d'élaboration et de validation***

Le QACP – version 1 a été élaboré dans le cadre d'un séminaire de recherche au baccalauréat en psychologie. Le projet a été supervisé par les Prs. Descôteaux et Laverdière de l'Université de Sherbrooke. Elle a été administrée à un échantillon normatif de 213 et de 76 participant·es pour le volet général et spécifique respectivement. Les participant·es ont été recruté·es via des départements universitaires de psychologie, des associations de psychothérapeutes et de psychologues ainsi que des groupes de thérapeutes sur les réseaux sociaux.

### ***Propriétés psychométriques***

Pour le volet général, une analyse par composantes principales (ACP) avec une rotation oblique Promax a révélé une solution factorielle à six facteurs (voir Appendice A). Ses facteurs sont : (1) « Négligence » (11 items); (2) « Familiarité » (huit items); (3) « Non-respect des frontières relationnelles » (neuf items); (4) « Modification des modalités formelles de la thérapie » (six items); (5) « Modification de la durée de la séance » (quatre items); et (6) « Omissions liées au consentement libre et éclairé » (trois items). Ils expliqueraient 47,23 % de la variance totale attribuable aux aménagements au cadre en psychothérapie. Les saturations factorielles de leurs items se situent entre 0,34 et 0,86 ( $Md = 0,60$ ). Le volet spécifique reproduit la solution du volet général, à l'exception du facteur « Omissions liées au consentement libre et éclairé ». Les items de ce facteur n'ont pu être inclus dans l'ACP du volet spécifique en raison de leur échelle de réponse dichotomique. La variance totale expliquée n'a pas été calculée pour cette échelle.

La cohérence interne des facteurs se situe dans un registre inacceptable à modérément élevée pour le volet général ( $0,53 \geq \alpha \leq 0,81$ ) et d'inacceptable à faible ( $0,44 \geq \alpha \leq 0,69$ ) pour le volet spécifique (Murphy & Davidshofer, 2001). La cohérence interne totale de l'outil n'a pas été calculée.

Les volets général et spécifique du QACP – version 1 présentent des associations significatives avec les facteurs du FWC-58. Elles sont cohérentes avec la littérature.

Cette première version du QACP présente plusieurs limites (Laliberté, 2020). Premièrement, la consigne de passation faisait référence à la fois à des client·es « difficiles » ou présentant un TP. Elle n'explicitait pas de repères temporels. Deuxièmement, plusieurs items sont mal formulés ou manquants (p. ex., sur les aménagements de nature sexuelle). Troisièmement, la faible taille de l'échantillon pourrait avoir entraîné un manque de puissance dans les analyses. Finalement, une AF exploratoire avec une rotation oblique aurait été plus indiquée pour maximiser les associations entre les facteurs (Floyd & Widaman, 1995; Furr, 2011; Tabachnick & Fidell, 2012).

### **QACP – version 2 (Laliberté, 2020)**

Cette section présente la deuxième version du QACP, soit une brève description et son processus d'élaboration et de validation.

### ***Description***

Le volet spécifique du QACP a fait l'objet d'une étude-pilote dans le cadre d'un cours doctoral de psychométrie.

### ***Processus d'élaboration et de validation***

Cette révision avait pour objectif : (1) d'optimiser l'échelle de mesure; (2) de clarifier la consigne de passation, les critères d'inclusion et la présentation du QACP; et (3) d'améliorer la formulation et la couverture des items. Un échantillon de convenance d'environ 30 étudiant·es stagiaires au doctorat en psychologie et de professionnel·les en santé mentale a été constitué. Les psychologues et les internes en psychologie ont été exclu·es pour ne pas compromettre des recrutements ultérieurs. Les données sociodémographiques des participant·es n'ont pas été récoltées afin de réduire l'effet de la désirabilité sociale sur la participation.

Deux AF exploratoires ont été réalisées avec une rotation oblique de type Oblimin et une méthode d'extraction des facteurs par moindres carrés pondérés. La solution factorielle finale à six facteurs explique 64,75 % de la variance associée aux aménagements au cadre en psychothérapie (voir Appendice B). Les facteurs se répartissent comme suit : (1) « Gestion laxiste du cadre et des bris de cadre » (13 items); (2) « Modification des modalités formelles en thérapie » (cinq items); (3) « Non-respect des frontières relationnelles » (neuf items); (4) « Négligence » (sept items); (5) « Familiarité » (trois items); et (6) « Interactions intimes ou de nature séductrice »

(cinq items). Les saturations factorielles des items retenus oscillent entre  $\pm 0,35$  et  $0,92$ ;  $Md = 0,65$ ).

Seuls les facteurs « Modification des modalités formelles en thérapie » et « Négligence » ont été reproduits de manière acceptable par rapport à la version originale de l'outil: les autres facteurs anticipés sont scindés. Les corrélations interfactorielles indiquent des facteurs suffisamment indépendants ( $-0,01 \leq r \leq -0,17$ ). Toutefois, ces corrélations sont faibles et sont pour la plupart dans le sens contraire à celui anticipé. Les qualités de représentation suggèrent que les items sont tous suffisamment pertinents, mais qu'ils ne sont pas assez bien expliqués par les facteurs retenus. L'indice KMO, le test de Bartlett et la matrice de corrélation inverse n'ont pas pu être calculés. Plusieurs items complexes ont été répertoriés.

La cohérence interne totale de cet outil (alpha de Cronbach) est élevée ( $\alpha = 0,91$ ). Au niveau des facteurs, elle varie d'un registre inacceptable à modérément élevé ( $0,16 \leq \alpha \leq 0,81$ ; Murphy & Davidshofer, 2001). Les items ont tous une distribution asymétrique.

Au terme de cette étude pilote, le QACP présente une couverture conceptuelle augmentée. Ses propriétés psychométriques sont encourageantes, mais elles demeurent instables. Un échantillon plus représentatif et suffisamment grand aurait été nécessaire pour les clarifier.



**Forces et limites de la version actuelle du QACP (Blais-Côté et al., 2016; Laliberté, 2020; Laliberté et al., 2017)**

Le QACP constitue le premier outil francophone connu qui opérationnalise le modèle de Zachrisson (2014). Il comporte de nombreuses limites. Premièrement, sa consigne de passation sur le profil des client·es est trop restrictive. Elle pourrait avoir limité la taille des échantillons normatifs. Deuxièmement, les échantillons constitués sont trop petits pour évaluer les propriétés psychométriques de l'outil. Un échantillon plus grand devrait être constitué pour accroître la puissance, la représentativité et la stabilité des résultats. Troisièmement, la non-mesure des données sociodémographiques ne semble pas avoir eu l'effet attendu. Le taux de participation et la déclaration d'aménagements problématiques n'ont pas augmenté. Ce choix empêche aussi d'établir des profils sociodémographiques des thérapeutes selon les aménagements effectués. Finalement, malgré leur pertinence, les items plus graves ont été systématiquement exclus des analyses en raison de leur variance insuffisante. Ils pourraient être inclus dans le QACP dans une sous-échelle à part.

**Objectifs de l'étude et analyses statistiques prévues**

À l'heure actuelle, il n'existe pas d'instrument psychométrique exhaustif sur les aménagements du cadre thérapeutique. La majorité des instruments mesurent un type spécifique d'aménagement (p. ex., bris de cadre à caractère sexuel) ou de dynamique relationnelle (p. ex., relation d'exploitation). Il existe donc un besoin non comblé pour un instrument exhaustif sur les aménagements du cadre en termes de types et de gravité, et ce, autant en présentiel qu'en télépsychologie. Pour répondre à ce besoin, ce projet de

recherche vise à valider le QACP auprès d'une population de psychologues, psychothérapeutes et d'étudiant·es en psychologie.

Cette étude vise à répondre à cinq objectifs. Le premier objectif est dédié à la révision du QACP (création de nouveaux items, adaptation à la télépsychologie). Le deuxième objectif vise à évaluer la fréquence des aménagements au cadre. Le troisième objectif consiste à documenter la validité de construit du QACP à l'aide d'une analyse factorielle exploratoire (AFE). Cet objectif s'accompagne des questions de recherche suivantes : (1) la solution factorielle identifiée soutient-elle la pertinence de l'ajout des assouplissements de Zachrisson (2014) aux concepts de transgression et de violation du cadre?; (2) cette solution soutient-elle la distinction entre les transgressions et les violations au cadre?; et (3) quel est le pourcentage de variance expliquée par le QACP? Le quatrième objectif réfère à la description de la fidélité du QACP par le calcul de sa cohérence interne avec l'oméga ( $\omega$ ) de McDonald (1999). Cet objectif vise à répondre à ces questions : (1) quelle est la cohérence interne ( $\omega$ ) globale et par facteurs du QACP? et (2) le retrait de certains items améliore-t-il la cohérence interne de l'outil et si oui, lesquels? Finalement, le cinquième objectif vise à documenter la validité critériée concomitante du QACP avec le Questionnaire sociodémographique (QSD), une mesure du contre-transfert (*Feeling Word Checklist-58* [FWC-58]; Røssberg et al., 2003, traduction française par Lapointe, 2017) et une mesure de la mentalisation des thérapeutes (*Mentalization Scale* [MentS]; Dimitrijević et al., 2018, traduction française de Morin & Meilleur, 2018). Une mesure de désirabilité sociale (EDSCM; Crowne & Marlowe, 1960,

traduction par Blais et al., 1991) sera utilisée pour soutenir l'interprétation des résultats. Les associations entre ces outils et les items du QACP seront décrites. Cet objectif s'accompagne des questions de recherche suivantes : observe-t-on une corrélation inverse entre le score total à l'EDSCM et les facteurs du QACP/score total du QACP? Quels sont les facteurs du QACP qui corréleront avec les facteurs du FWC-58? Quels facteurs du MentS sont significativement corrélés aux facteurs du QACP? Quel est le niveau d'honnêteté des thérapeutes? Quelles sont les associations entre les caractéristiques sociodémographiques de l'échantillon et les items du QACP?

## **Méthode**

Cette section décrit le déroulement, la constitution de l'échantillon et les instruments utilisés dans la présente étude. Le processus de révision du QACP et les analyses statistiques prévues sont aussi présentés.

### **Déroulement**

Cette sous-section fait état du processus de recrutement de l'échantillon ainsi que des critères d'inclusion à la présente étude.

### **Certification éthique**

Un certificat éthique a été émis le 23 novembre 2021 (CERPPE-21-02-07.09) par le Comité d'Éthique – Psychologie et Psychoéducation (CÉRPPÉ) du Comité d'éthique à la recherche sur des êtres humains (CÉRÊH) de l'Université du Québec à Trois-Rivières (UQTR).

### **Recrutement**

Le recrutement a débuté le 30 septembre 2022 et s'est achevé le 29 mars 2023. La sollicitation des participant·es potentiel·les a été effectuée par la diffusion d'une affiche (voir Appendice C) accompagnée d'un court texte de présentation de l'étude. Ils ont été diffusés auprès de la population ciblée via les canaux suivants : (1) groupes Facebook et LinkedIn; (2) publicités payantes sur Facebook; (3) contacts personnels de la chercheuse

principale œuvrant dans le domaine de la santé mentale; (4) associations ou ordres professionnels dont l'OPQ; (5) listes de diffusion universitaires des cycles supérieurs en psychologie et de recherche; et (6) envoi de courriels aux cliniques privées offrant des services de psychothérapie. Aucun incitatif financier n'a été offert.

Pour être admissible à l'étude, chaque participant·e devait : (1) porter le titre de psychologue, de psychothérapeute ou d'étudiant·e en psychologie autorisé·e à exercer la psychothérapie; (2) avoir au moins deux client·es adultes en suivi actif; et (3) avoir effectué au moins quatre séances avec chacun d'eux. La non-satisfaction à un ou plusieurs de ces critères mènerait donc à l'exclusion des participant·es concerné·es.

La passation des questionnaires s'est effectuée exclusivement en ligne. Les participant·es ont accédé à l'étude via un lien qui les a redirigé·es vers la Banque interactive de questions (BIQ). Une fois leur consentement électronique recueilli (voir Appendice D), les participant·es ont été invité·es à remplir les cinq (5) questionnaires suivants en une seule passation : (1) le Questionnaire sociodémographique (QSD; Laliberté, 2022); (2) le QACP (Laliberté, 2025); (3) l'EDSCM (Crowne & Marlowe, 1960; traduction par Blais et al., 1991); (4) le FWC-58 (Røssberg et al., 2003; traduction française par Lapointe, 2017); et (5) le MentS (Dimitrijević et al., 2018; traduction française de Morin & Meilleur, 2018). Une fois le MentS complété, les participant·es ont dû enregistrer et clore le questionnaire. En raison du caractère anonyme de la passation,

la BIQ ne permettait pas aux participant·es de sauvegarder leurs réponses pour reprendre la passation ultérieurement.

### **Participant·es**

Les itérations précédentes du QACP présentent des communalités faibles, des saturations factorielles moyennes et quelques facteurs pauvrement définis. Considérant cela, un échantillon minimal de 300 participant·es a été visé pour pouvoir statuer sur la solution factorielle du QACP (MacCallum et al., 1999). La taille idéale de l'échantillon aurait été d'au moins 545 participant·es (Hair et al., 2010). Cet objectif s'est appuyé sur la « règle du pouce » (*rule-of-thumb*) d'un minimum de cinq observations pour une variable.

Cent soixante-six participant·es ont débuté la passation des questionnaires. Une participation a dû être retirée, puisqu'elle s'est ajoutée en double. Les réponses d'un/une autre participant·e ont dû être exclues des analyses, puisqu'elles ont été comptabilisées après le début des analyses statistiques. La majorité des participant·es ont répondu au dernier item du dernier questionnaire de l'étude ( $n = 104$ ). Afin de maximiser la puissance des analyses, tout·e participant·e ayant répondu à au moins un item d'un questionnaire a été inclus·e dans les analyses. La taille de l'échantillon final ( $N = 164$ ) ne respecte pas les critères de MacCallum et al. (1999) et de Hair et al. (2010).

La répartition des caractéristiques sociodémographiques est présentée dans le Tableau 3. L'échantillon final est âgé en moyenne de 39,15 ans ( $\acute{E}T = 11,77$ ;  $Md = 36,00$ ; Min. = 24; Max. = 79). Il est majoritairement composé de personnes s'identifiant comme des femmes (82,30 %) et comme des hommes (14,60 %). Les autres participant·es s'identifient comme non binaires (1,20 %), *genderqueer* (0,60 %) ou avec une autre identité de genre (0,60 %). Une personne (0,60 %) a préféré ne pas répondre à cette question. La plupart des participant·es sont en couple (56,10 %) ou marié·es (22,60 %). Ils/elles sont surtout caucasien·es (92,70 %). La majorité des thérapeutes sont des psychologues (57,30 %). Une minorité de l'échantillon (4,90 %) porte au moins un autre titre professionnel en plus de celui de psychologue. Le reste de l'échantillon est composé d'étudiant·es autorisé·es à exercer la psychothérapie (17,70 %) et de thérapeutes provenant de disciplines connexes à la psychologie (20,00 %). Près de la moitié des thérapeutes (42,10 %) exerce exclusivement dans un milieu privé partagé avec d'autres professionnel·les. Une proportion significative de l'échantillon (20,10 %) exerce dans plus d'un milieu. La majorité d'entre eux exerce exclusivement en contexte urbain (81,10 %). En moyenne, les participant·es détiennent 10,81 années d'expérience ( $\acute{E}T = 9,87$ ;  $Md = 7,00$ ; Min. = 0,00; Max. = 49,00). Les problématiques de consultation les plus fréquentes de leurs client·es sont les troubles anxieux (18,30 %) et les problèmes relationnels (16,50 %). L'approche psychothérapeutique la plus endossée par les thérapeutes est l'approche psychodynamique-analytique (26,80 %), suivie de près par l'approche cognitive-comportementale (26,20 %), l'approche existentielle-humaniste (19,50 %) et éclectique (15,90 %). Le reste des participant·es se réclament d'une approche



intégrative ou d'une autre approche (7,90 %). La majorité des thérapeutes se dit très familière (43,90 %) à familière (47,60 %) avec la notion de contre-transfert. La plupart des participant·es sont supervisé·es mensuellement (73,20 %). Parmi ces dernier·ères, une majorité est supervisée volontairement (61,00 %). Près du quart des thérapeutes est supervisé obligatoirement (24,40 %), soit en raison d'une sanction d'un ordre professionnel (4,30 %) ou d'une exigence de formation universitaire (20,10 %). Les participant·es allouent en moyenne 3,22 heures par mois à leur supervision ( $\bar{ET} = 4,05$ ;  $Md = 2,00$ ;  $Min. = 0,00$ ;  $Max. = 20,00$ ). La majorité des thérapeutes estime que leur superviseur·e les aide à identifier les enjeux cliniques dans leur gestion du cadre thérapeutique (79,20 %). Leurs superviseur·es auraient tendance à donner leur avis lorsqu'il est divergent (83,00 %). Plus du tiers des thérapeutes (40,90 %) vivent actuellement des difficultés personnelles. De ce nombre, 34,80 % reçoivent de l'aide à ce sujet. Les formes d'aide les plus fréquentes sont la psychothérapie (14,00 %) ainsi que la psychothérapie combinée avec le soutien de proches (7,30 %).

**Tableau 3***Caractéristiques sociodémographiques de l'échantillon final (N = 164)*

Caractéristique sociodémographique	<i>n</i>	%
Âge		
20 à 29 ans	39	23,80
30 à 39 ans	53	32,30
40 à 49 ans	38	23,20
50 à 59 ans	15	9,10
60 à 69 ans	10	6,10
70 à 79 ans	3	1,80
Genre		
Homme	24	14,60
Femme	135	82,30
Non binaire	2	1,20
<i>Genderqueer</i>	1	0,60
Autre	1	0,60
Préfère ne pas répondre	1	0,60
Statut marital		
Célibataire	23	14,00
En couple	92	56,10
Marié·e	37	22,60
Séparé·e	3	1,80
Divorcé·e	6	3,70

**Tableau 3***Caractéristiques sociodémographiques de l'échantillon final (N = 164) (suite)*

Caractéristique sociodémographique	<i>n</i>	%
Statut marital (suite)		
Veuf·ve	3	1,80
Origine ethnique		
Caucasienne	152	92,70
Hispanique/sud-américaine	2	1,20
Moyen Orient	1	0,60
Africaine/Afro-américaine	2	1,20
Asiatique	1	0,60
Premières Nations	3	1,80
Plusieurs réponses	2	1,20
Profession		
Psychologue	94	57,30
Psychologue et porte un autre titre	8	4,90
Neuropsychologue	2	1,20
Travailleur·se social·e	6	3,70
Psychoéducateur·trice	2	1,20
Sexologue	14	8,50
Étudiant·e en psychologie	26	15,90
Étudiant·e dans un autre domaine	3	1,80
Autres professions	9	5,40

**Tableau 3***Caractéristiques sociodémographiques de l'échantillon final (N = 164) (suite)*

Caractéristique sociodémographique	<i>n</i>	%
Milieu de pratique		
CISSS/CIUSSS	17	10,40
Pratique privée : milieu non partagé	23	14,00
Pratique privée : milieu partagé	69	42,10
Pratique privée : maison	6	3,70
Milieu collégial ou universitaire	5	3,00
En entreprise	4	2,40
Milieu communautaire	7	4,30
Plusieurs réponses	33	20,10
Lieu de pratique		
Urbain	133	81,10
Rural	18	11,00
Urbain et rural	11	6,70
Années d'expérience		
0 à 9 ans	87	53,00
10 à 19 ans	33	20,10
20 à 29 ans	22	13,40
30 à 39 ans	5	3,00
40 à 49 ans	4	2,40

**Tableau 3***Caractéristiques sociodémographiques de l'échantillon final (N = 164) (suite)*

Caractéristique sociodémographique	<i>n</i>	%
Problématique de consultation des client·es		
Agression sexuelle (victime)	8	4,90
Cycles de vie	4	2,40
Deuil	2	1,20
Dysphorie de genre	2	1,20
Épuisement professionnel	2	1,20
Estime de soi	10	6,10
Gestion du stress	10	6,10
Maladies physiques/handicaps	2	1,20
Parentalité	1	0,60
Problèmes relationnels	27	16,50
Relations amoureuses	3	1,80
Troubles de la personnalité	12	7,30
Troubles dépressifs	8	4,90
Troubles dissociatifs	1	0,60
Troubles du comportement et des impulsions	3	1,80
Troubles alimentaires	2	1,20
Troubles anxieux	30	18,30
Troubles neurocognitifs	2	1,20
Troubles neurodéveloppementaux	5	3,00

**Tableau 3***Caractéristiques sociodémographiques de l'échantillon final (N = 164) (suite)*

Caractéristique sociodémographique	<i>n</i>	%
Problématique de consultation des client·es (suite)		
Troubles paraphiliques	4	2,40
Troubles reliés au stress et au trauma	15	9,10
Troubles sexuels	5	3,00
Troubles somatiques	1	0,60
Situations de crise	1	0,60
Violence (victimes)	4	2,40
Approche psychothérapeutique		
Cognitive-comportementale	43	26,20
Existentielle-humaniste	32	19,50
Psychodynamique-analytique	44	26,80
Systémique-interactionnelle	6	3,70
Éclectique	26	15,90
Intégrative	4	2,40
Autre	9	5,50
Familiarité avec le contre-transfert		
Très familier·ère	72	43,90
Familier·ère	78	47,60
Peu familier·ère	13	7,90

**Tableau 3***Caractéristiques sociodémographiques de l'échantillon final (N = 164) (suite)*

Caractéristique sociodémographique	<i>n</i>	%
Statut de supervision		
Supervisé·e	120	73,20
Non supervisé·e	44	26,80
Nature de la relation de supervision		
Obligatoire (formation universitaire)	33	20,10
Obligatoire (sanction d'un ordre professionnel)	7	4,30
Volontaire	100	61,00
Heures mensuelles de supervision		
0 à 4 heures par mois	124	75,60
5 à 9 heures par mois	18	11,00
10 à 14 heures par mois	8	4,90
15 à 20 heures par mois	6	3,70
Thérapeutes estiment que leur superviseur·e l'aide à identifier les enjeux cliniques pouvant affecter leur gestion du cadre		
Tout à fait d'accord	66	40,20
D'accord	64	39,00
En désaccord	5	3,00
Tout à fait en désaccord	2	1,20
Non applicable	27	16,50

**Tableau 3***Caractéristiques sociodémographiques de l'échantillon final (N = 164) (suite)*

Caractéristique sociodémographique	<i>n</i>	%
Thérapeutes estiment que leur superviseur·e se permettent de donner leur avis même s'il diverge du leur		
Tout à fait d'accord	79	48,20
D'accord	57	34,80
En désaccord	4	2,40
Non applicable	24	14,60
Thérapeutes qui vivent des difficultés personnelles		
Vivent des difficultés personnelles	67	40,90
Ne vivent pas de difficultés personnelles	96	58,50
Thérapeutes qui reçoivent de l'aide pour leur difficultés personnelles		
Reçoivent de l'aide pour leurs difficultés personnelles	57	34,80
Ne reçoivent pas de l'aide pour leurs difficultés personnelles	10	6,10
Non applicable	85	51,80
Type d'aide reçue par les thérapeutes pour leurs difficultés personnelles		
Psychothérapie	23	14,00
Suivi médical	3	1,80
Soutien des proches	10	6,10
Psychothérapie, suivi médical et soutien des proches	8	4,90
Psychothérapie et suivi médical	2	1,20
Psychothérapie et soutien des proches	12	7,30



**Tableau 3**

*Caractéristiques sociodémographiques de l'échantillon final (N = 164) (suite)*

Caractéristique sociodémographique	<i>n</i>	%
Type d'aide reçue par les thérapeutes pour leurs difficultés personnelles (suite)		
Suivi médical et soutien des proches	1	0,60
Non applicable	93	56,70

*Note.* La fréquence et le pourcentage total pour une caractéristique donnée varient en raison de données manquantes.

## **Instruments**

Cette sous-section décrit les propriétés des instruments utilisés dans l'étude. Elle précise la nature de leur utilisation.

### **Questionnaire sociodémographique (QSD; Laliberté, 2022)**

Le QSD est un questionnaire autorapporté de 23 items (voir Appendice E). Il se complète en cinq minutes environ. Il mesure les caractéristiques sociodémographiques des thérapeutes pouvant être associées à certains aménagements du cadre. Le QSD a été créé pour les fins de l'étude afin de documenter les caractéristiques sociodémographiques de l'échantillon.

### **Questionnaire sur les aménagements au cadre en psychothérapie (QACP)**

Le QACP est un instrument autorapporté de 109 items (voir Appendice F). Il prend environ 25 minutes à compléter. L'outil mesure les aménagements du cadre psychothérapeutique en présentiel et en télépsychologie. Ces aménagements se déclinent en termes de types (c.-à-d., assouplissements, transgressions et violations du cadre) et de gravité, tels que définis par Gutheil et Gabbard (1998) ainsi que par Zachrisson (2014). Les résultats de sa validation seront présentés dans les sections subséquentes.

**Échelle de désirabilité sociale de Crowne-Marlowe (EDSCM; Crowne & Marlowe, 1960), traduction française par Blais et al. (1991)**

L'EDSCM est un questionnaire autorapporté (voir Appendice G). Il s'agit de la mesure de désirabilité sociale la plus utilisée (Leite & Beretvas, 2005). Crowne et Marlowe (1960, pp. 353-354) définissent la désirabilité sociale comme « [un ensemble de] comportements qui sont culturellement sanctionnés et approuvés, mais qui sont improbables en termes d'occurrence » [traduction libre]. Parmi ses 33 items, 15 d'entre eux nécessitent une correction inversée. Le score total de l'EDSCM a une étendue théorique allant de 0 à 33. Il se calcule en additionnant les scores obtenus à chacun des items.

Dans leur étude initiale, Crowne et Marlowe (1960) rapportent une cohérence interne ( $KR20 = 0,88$ ), ce qui est similaire à celle obtenue dans la présente étude ( $\alpha = 0,84$ ). Ils indiquent une corrélation test-retest ( $r = 0,89$ ) de modérément élevée à élevée (Murphy & Davidshofer, 2001).

L'EDSCM opérationnalise la désirabilité sociale avec une solution unifactorielle (Crowne & Marlowe, 1960), mais cela ne fait pas l'objet d'un consensus parmi la communauté scientifique. Parmi les alternatives, plusieurs solutions bifactorielles et multifactorielles sont débattues (p. ex., Evans, 1979; Leite & Beretvas, 2005; Loo & Thorpe, 2000; Paulhus, 1984; Ramanaiah & Martin, 1980; Ramanaiah et al., 1977; Tatman et al., 2009; Ventimiglia, & MacDonald, 2012). L'incertitude entourant la solution factorielle de l'EDSCM à 33 items invite donc à une utilisation prudente de l'outil (Leite

& Beretvas, 2005). Pour l'instant, les propriétés de la version francophone (Blais et al., 1991) n'ont pas pu être obtenues.

La validité critériée concomitante de l'EDSCM avec d'autres mesures comparables de la personnalité a été démontrée à de nombreuses reprises (Helmes & Holden, 2003; Holden & Fekken, 1989). Plusieurs études récentes ont utilisé les versions courtes ou longues de l'EDSCM comme mesure contrôle de la désirabilité sociale des psychologues, des psychothérapeutes, des étudiants gradués en psychologie et des professionnels de la santé de manière générale (p. ex., Dougall & Schwartz, 2011; Kassam et al., 2012; Lysaker et al., 2011).

Le QACP mesure des aménagements au cadre potentiellement graves : il est donc probable que les participant·es cherchent à rationaliser, à minimiser ou à nier leur incidence comparativement à des aménagements plus bénins (p. ex., Epstein & Simon, 1992; Pope, 1990). Comme ce phénomène est attendu, les scores de l'EDSCM permettront d'évaluer l'attitude des thérapeutes face aux items du QACP, du FWC-58 et du MentS. L'EDSCM ne sera pas utilisée comme mesure contrôle, car cela pourrait entraîner des résultats mitigés et une diminution de la puissance statistique des analyses (Leite & Beretvas, 2005). Il servira plutôt à offrir une piste d'explication aux résultats obtenus.

***Feeling Word Checklist 58 (FWC-58; Røssberg et al., 2003), traduction française par Lapointe, 2017).***

Le FWC-58 est un questionnaire autorapporté de 58 items (Dahl et al., 2012; voir Appendice H). Ses items mesurent les réactions affectives qu'un/une thérapeute peut ressentir face à un/une client·e spécifique sur une échelle de type Likert de cinq points allant de *Pas du tout* (0) à *Beaucoup* (4) (Dahl et al., 2012; Røssberg et al., 2003). Le FWC-58 a été validé auprès de client·es en psychiatrie (Røssberg et al., 2003, 2007, 2010) et en psychothérapie individuelle psychodynamique (Dahl et al., 2012).

La version française du FWC-58 est le fruit des travaux de Lapointe (2017) et de son équipe. L'instrument, qui a été traduit selon la méthode de traduction inversée en comité, a été validé auprès d'un échantillon québécois de 236 psychologues et doctorant·es en psychologie ayant une pratique active en psychothérapie. La solution factorielle exploratoire finale de la version de Lapointe (2017) se décline en six sous-échelles : « Méfiant », « Confiant », « Ennuyé/Indifférent », « Content/Admiré », « Bouleversé/Triste » et « Rejeté ». La quasi-totalité des facteurs présentent des corrélations significatives faibles à élevées avec les solutions factorielles à quatre facteurs de Dahl et al. (2012) et celle à sept facteurs de Røssberg et al. (2003). Les corrélations inter-facteurs rapportées par Lapointe (2017) sont toutes significatives sauf une. Similairement aux travaux de Røssberg et al. (2003), les réactions affectives « positives » (p. ex., content·e/admiré·e, confiant·e,) ont tendance à corrélérer entre elles et négativement avec les réactions « négatives » (p. ex., rejeté·e, méfiant·e). Des corrélations négatives sont relevées entre ces deux types de réactions. Le pourcentage de variance expliquée par la version française de

Lapointe (2017; 48 %) est comparable à celui obtenu par Dahl et al. (2012; 41 %) et par Røssberg et al. (2003; 53 %). En termes de validité critériée concomitante, la majorité des corrélations entre les sous-échelles de la version française du FWC-58 et celles du *Countertransference Questionnaire* (CTQ; Betan et al., 2005) sont significatives et plusieurs d'entre elles sont élevées.

La plupart des facteurs de la version française du FWC-58 sont corrélés significativement avec le fonctionnement global des client·es et le fonctionnement de leur personnalité. Des corrélations significatives ont été identifiées entre les facteurs de la traduction française du FWC-58 et les personnalités paranoïaques, antisociale, limite et narcissique. Aucune corrélation significative n'a été recensée entre les facteurs du FWC-58 validé par Lapointe (2017) et les troubles de l'Axe I tels qu'évalués par les thérapeutes. Parmi les caractéristiques sociodémographiques mesurées, seules les corrélations entre les facteurs du FWC-58 et le nombre d'années d'expérience des thérapeutes sont significatives.

Lapointe (2017) rapporte des indices de cohérence interne modérément élevés à élevés pour les facteurs « Méfiant » ( $\alpha = 0,89$ ), « Confiant » ( $\alpha = 0,87$ ), « Ennuyé/Indifférent » ( $\alpha = 0,87$ ), « Rejeté » ( $\alpha = 0,80$ ), « Content/Admiré » ( $\alpha = 0,77$ ; Murphy & Davidshofer, 2001). Le facteur « Bouleversé/Triste » présente toutefois une cohérence interne inacceptable ( $\alpha = 0,50$ ). Ces données sont comparables à celles des équipes de Røssberg ( $0,65 > \alpha < 0,91$ ;  $Md = 0,87$ ) et de Dahl ( $0,64 > \alpha < 0,85$ ;

$Md = 0,76$ ). Dans la présente étude, les alphas obtenus sont inférieurs à ceux de Lapointe, oscillant entre inacceptable et modérément élevés. Ils se déclinent comme suit : « Méfiant » ( $\alpha = 0,80$ ), « Confiant » ( $\alpha = 0,70$ ), « Ennuyé/Indifférent » ( $\alpha = 0,57$ ), « Rejeté » ( $\alpha = 0,71$ ), « Content/Admiré » ( $\alpha = 0,60$ ) et « Bouleversé/Triste » ( $\alpha = 0,64$ ). Le FWC-58 servira à décrire la validité critériée concomitante du QACP.

***Mentalization Scale – version francophone (MentS; Dimitrijević et al., 2018), traduction française de Morin et Meilleur (2018)***

Le MentS (Dimitrijević et al., 2018) est un questionnaire autorapporté de 28 items qui mesure les différences interindividuelles de mentalisation (voir Appendice I). Il a été initialement validé auprès d'un échantillon d'adultes de la population générale (travailleurs et étudiants universitaires) et clinique (trouble de la personnalité limite) en Serbie. Le MentS a été traduit et validé en plusieurs langues, dont en français (Morin & Meilleur, 2018). Au moment d'écrire ces lignes, la validation de la version francophone du MentS est toujours en cours.

Comme l'échantillon de la présente étude est composé de thérapeutes, la solution factorielle de Dimitrijević et al. (2018) qui s'applique à la population générale (étude I) a été utilisée dans la présente étude. Cette solution factorielle est constituée de trois facteurs et elle explique 37,51 % de la variance. Ces facteurs réfèrent à la mentalisation des états mentaux des autres (MentS-O; 10 items) de soi-même (MentS-S; 8 items) et à la motivation à mentaliser (MentS-M; 10 items). Ils expliquent respectivement 20,34 %, 10,64 % et 6,53 % de la variance. Au sein de la population générale, le MentS présente

des corrélations significatives avec des mesures d'attachement, d'empathie, d'intelligence émotionnelle et de personnalité.

La cohérence interne globale de l'étude I de Dimitrijević et al. (2018) est modérément élevée ( $\alpha = 0,84$ ; Murphy & Davidshofer, 2001). Ses sous-échelles, le MenS-O ( $\alpha = 0,77$ ), le MentS-S ( $\alpha = 0,77$ ) et le MentS-M ( $\alpha = 0,76$ ) présentent une cohérence interne acceptable. Dans la présente étude, les cohérences internes du MentS-O ( $\alpha = 0,78$ ) et du MentS-S ( $\alpha = 0,75$ ) s'apparentent aux résultats de Dimitrijević et al., tandis que celles du MentS-M ( $\alpha = 0,39$ ) et du score total ( $\alpha = 0,58$ ) s'en éloignent. Pour cette étude, le MentS sera utilisé pour décrire la validité critériée du QACP.

### **Processus de révision du QACP et analyses statistiques prévues**

Le premier objectif de révision du QACP s'est déroulé en plusieurs sous-étapes. Tout d'abord, les items des versions antérieures ont été soumis à un examen préliminaire par le comité d'experts de la présente étude. Le comité d'experts a été composé des Prs. Dominick Gamache et Julie Maheux de l'Université du Québec à Trois-Rivières. Il s'agit de deux chercheurs spécialisés dans le domaine des processus thérapeutiques. Ils sont psychologues cliniciens avec une expertise en éthique et déontologie. Les items pertinents d'un point de vue conceptuel ont été retenus provisoirement. Ensuite, les items jugés manquants, dont ceux relevant de la télépsychologie, ont été rédigés. Puis, l'ensemble des items a été soumis à un examen critique du comité d'experts. Chaque item a été noté sur une échelle d'un (valeur la plus faible) à cinq (valeur la plus élevée) sur des critères de



clarté (c.-à-d., facilité à comprendre l'énoncé, qualité de la formulation) et de pertinence conceptuelle. La rétention des items a été remise en question s'ils ont reçu une note inférieure ou égale à trois par au moins deux évaluateurs sur au moins un critère.

Pour le deuxième objectif, une analyse de la fréquence des items a été effectuée. Elle a permis d'identifier les aménagements au cadre thérapeutique les plus fréquents.

Pour le troisième objectif, une analyse factorielle exploratoire (AFE) a été réalisée. Les analyses factorielles ont été privilégiées aux analyses de regroupement (*cluster analysis*) puisque la présente étude vise à cibler comment les aménagements se regroupent entre eux et à identifier les construits latents à ces regroupements (Hofstetter et al., 2014). Les analyses de regroupement auraient été indiquées pour cibler des profils de personnes ayant mis en place les mêmes aménagements. Cela dépasse toutefois le cadre de la présente étude. Une AFE a été sélectionnée pour identifier la solution factorielle du QACP de manière exploratoire (Furr, 2011). Au sein des AFE, les analyses par composantes principales (ACP) ont été écartées, car il est estimé que les aménagements au cadre pourraient être influencés par des facteurs latents (c.-à-d., les types d'aménagements; Floyd & Widaman, 1995; Tabachnick & Fidell, 2012). La méthode d'extraction des moindres carrés pondérés a été sélectionnée pour minimiser l'incidence de la variance d'erreur non mesurée par le QACP (p. ex., variance associée aux client·es; Tabachnick & Fidell, 2012). La méthode de rotation oblique directe quartimin a été choisie pour maximiser la simplification de la solution factorielle tout en permettant des corrélations

interfactorielles élevées. Ce choix est justifié par la présence de corrélations interitems supérieures ou égales à 0,32 et d'items complexes. La sélection finale du nombre de facteurs s'est appuyée sur : (1) le diagramme de valeurs propres (*scree plot*), (2) l'analyse parallèle (O'Connor, 2000), (3) la variance expliquée par chaque facteur, (4) l'AFE supplémentaire dans MPlus, et (5) l'interprétabilité des facteurs.

Pour le quatrième objectif, la fidélité du QACP a été documentée avec l'oméga de McDonald (1999). Ce choix s'appuie sur la plus grande robustesse de l'oméga que l'alpha de Cronbach lorsque les postulats du modèle essentiellement tau-équivalent sont enfreints, ce qui est fréquent (*essentially tau-equivalent model*; p. ex., Dunn et al., 2013; Hayes & Coutts, 2020; Malkewitz et al., 2023). Le modèle essentiellement tau-équivalent est un ratio de fidélité référant à la variance du score vrai par rapport à la variance d'erreur (Dunn et al., 2013). Il est moins restrictif : il permet aux scores vrais des moyennes et aux variances d'erreur de varier, mais il suppose que les variances des scores vrais demeurent constantes (Raykov, 1997). Dans l'étude, nous estimons que les postulats du modèle essentiellement tau-équivalent n'ont pas été respectés en raison : (1) de variances inégales présumées entre le score vrai et les scores observés, (2) de variances inégales d'erreur, (3) d'une solution factorielle multidimensionnelle, et (4) de la provenance hétérogène de l'échantillon.

Finalement, le cinquième objectif a servi à documenter la validité critériée concomitante du QACP. Des corrélations bivariées de Spearman ont été réalisées. Des

analyses de la variance (ANOVA) avec le  $F'$  de Welch ont été effectuées en utilisant les caractéristiques sociodémographiques des thérapeutes comme variables catégorielles. Ces deux analyses permettent de limiter la violation attendue des postulats des analyses paramétriques (Field, 2018). Des tests post-hoc de Games-Howell ont été réalisés lorsqu'applicable. Ce test a été choisi pour sa puissance statistique en cas d'échantillons inégaux.

Les analyses statistiques ont été réalisées avec les logiciels statistiques IBM SPSS (version 29) et MPlus (version 8.8).

## Résultats

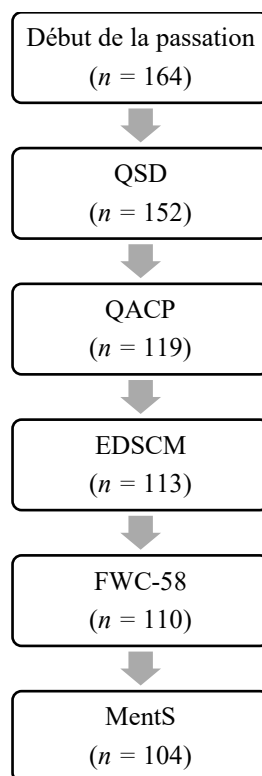
Cette section débute par la présentation de l'attrition de la participation. Le processus de nettoyage et d'analyse initiale des données est décrit. Ensuite, les résultats relatifs à la fréquence des aménagements, à l'analyse factorielle exploratoire, à la cohérence interne et à la validité convergente du QACP sont exposés.

### **Attrition de la participation**

La Figure 1 montre l'attrition de la participation aux différentes étapes de la passation. Près du tiers des participant·es qui ont débuté l'étude ne l'ont pas complétée (60 participant·es; 36,59 %). La plus grande perte de participant·es entre les questionnaires s'est produite entre la passation du QSD et du QACP (33 participant·es; 21,71 %). Les 104 participant·es finaux ont été inclus·es dans les analyses statistiques.

Figure 1

*Attrition de la participation aux différentes étapes de l'étude*



*Note.* QSD = Questionnaire sociodémographique; EDSCM = Échelle de désirabilité sociale de Crowne-Marlowe; FWC-58 = *Feeling Word Checklist-58*; MentS = *Mentalization Scale*.

### **Nettoyage et analyse initiale des données**

Cette sous-section décrit le processus de nettoyage des données. Elle fait état de la vérification des données improbables ou manquantes. Elle se conclut par la présentation des statistiques descriptives des 109 items initiaux du QACP.

### **Procédure de nettoyage**

Les données ont été importées de la BIQ puis nettoyées dans SPSS. Les données incomplètes qui n'ont pas pu être déduites ont été étiquetées comme manquantes. Les variables composites nécessaires aux analyses ont été créées.

### **Identification des données improbables**

La vérification des valeurs minimales et maximales des variables relatives aux questionnaires n'a révélé aucun score théoriquement impossible.

### **Identification des données manquantes**

Les données manquantes sont présentes sur toutes les variables mesurées. Les données manquantes (pourcentage) se distribuent comme suit : (1) QSD (0 à 7,90 %); (2) QACP (25,00 à 28,00 %); (3) EDSCM (31,10 à 31,70 %); (4) FWC-58 (32,30 à 34,10 %); et (5) MentS (36,60 à 37,80 %). La plus grande augmentation de données manquantes se situe entre le dernier item du QSD (7,32 %) et le premier item du QACP (26,20 %).

### **Statistiques descriptives**

Le Tableau 4 montre la moyenne ( $1,00 \geq M \geq 4,15$ ), l'écart-type ( $0,00 \geq ET \geq 2,52$ ) ainsi que les valeurs minimales et maximales de chacun des 109 items initiaux. Ces items sont présentés en ordre décroissant selon la moyenne. Ils présentent une tendance à l'asymétrie positive.

**Tableau 4***Moyenne, écart-type, valeurs minimales et maximales des 109 items initiaux du QACP*

	Items (Il m'arrive...)	<i>M</i>	<i>ÉT</i>	Min.	Max.
75.	[...] de regarder l'horloge plus souvent avec certains clients que je ne le fais habituellement	4,15	2,31	1	8
13.	[...] de faire varier, d'une séance à l'autre, la durée de la rencontre de façon significative (p. ex., 5 minutes et plus)	3,86	2,52	1	8
67.	[...] de parler avec mes clients de sujets non reliés à la thérapie (p. ex., actualité, météo) une fois la séance terminée	3,68	2,40	1	8
21.	[...] de prolonger la séance lorsque mes clients arrivent en retard	3,53	1,84	1	8
43.	[...] de répondre à des questions de mes clients concernant ma vie personnelle	3,46	1,81	1	7
20.	[...] de remettre à plus tard mes retours d'appel	3,47	1,95	1	8
53.	[...] de ne pas aborder les retards de mes clients	3,20	2,18	1	8
34.	[...] d'accepter que mes clients paient leurs honoraires en retard sans entente préalable	2,90	2,31	1	8
103.	[...] d'oublier d'éteindre la sonnerie de mon téléphone, de désactiver les notifications de mon ordinateur ou toute autre distraction de ce type	2,88	1,78	1	8
106.	[...] de communiquer avec un ou plusieurs clients à des heures qui sont inhabituelles pour moi (p. ex., en soirée, la nuit, la fin de semaine ou lors de journées de congé/vacances)	2,88	2,06	1	8
8.	[...] de décider d'allonger la séance en cours de manière significative	2,76	1,99	1	8
64.	[...] d'accepter de voir mes clients à des plages horaires qui sont inhabituelles pour moi	2,69	1,89	1	7
14.	[...] de me présenter à une séance alors que je ne suis pas disposé sur le plan psychologique	2,62	1,73	1	7
26.	[...] de me présenter en retard à une séance	2,53	1,70	1	8



**Tableau 4***Moyenne, écart-type, valeurs minimales et maximales des 109 items initiaux du QACP (suite)*

	Items (Il m'arrive...)	<i>M</i>	<i>ÉT</i>	Min.	Max.
99.	[...] de m'habiller de manière décontractée lorsque je suis en séance avec un client	2,51	2,51	1	8
4.	[...] de débiter la thérapie sans être certain que mes clients aient bien compris les objectifs	2,44	1,77	1	8
36.	[...] de ne pas discuter avec mes clients du fait qu'ils aient dérogé aux modalités convenues	2,44	1,74	1	6
93.	[...] de constater qu'un client est distrait par autre chose et de ne pas l'aborder avec lui	2,42	1,75	1	7
48.	[...] de dispenser une séance de thérapie à tarif réduit	2,40	2,14	1	8
11.	[...] de sacrer ou de jurer en présence de mes clients	2,39	2,08	1	8
107.	[...] d'utiliser des émoticônes ou des émojis lorsque je communique avec un ou plusieurs clients par écrit	2,26	2,10	1	8
102.	[...] de constater qu'un client mange, fume ou boit pendant les séances et de ne pas l'aborder avec lui	2,25	1,83	1	8
40.	[...] de tutoyer mes clients alors que j'avais pris l'habitude de les vouvoyer	2,17	1,85	1	8
80.	[...] d'accepter un cadeau de moins de 10 \$ de mes clients	2,11	1,34	1	6
10.	[...] de modifier la fréquence des séances en dehors d'un contexte de crise	2,09	1,89	1	8
96.	[...] de ne pas vérifier où et avec qui un client se trouve au moment de nos séances	2,07	1,70	1	8
65.	[...] de ne pas discuter des retards de paiement de mes clients	2,03	1,84	1	8
94.	[...] de ne pas vérifier si un client se trouve dans un endroit propice à une séance de thérapie, c'est-à-dire calme et isolé	2,03	1,70	1	8
109.	[...] de répondre aux courriels d'un ou plusieurs clients en priorité, et ce, en dehors des périodes de crise	2,03	1,78	1	8

**Tableau 4***Moyenne, écart-type, valeurs minimales et maximales des 109 items initiaux du QACP (suite)*

	Items (Il m'arrive...)	<i>M</i>	<i>ÉT</i>	Min.	Max.
7.	[...] de questionner mes clients sur certains aspects de leur vie personnelle qui ne sont pas en lien avec les objectifs thérapeutiques	2,02	1,66	1	8
19.	[...] de me présenter à une séance alors que je ne suis pas disposé sur le plan physique	2,02	1,41	1	7
108.	[...] d'utiliser des acronymes ou des abréviations lorsque je communique avec un ou plusieurs clients par écrit	2,00	2,00	1	8
5.	[...] de ne pas savoir à l'avance combien de temps une séance va durer	1,98	1,91	1	8
30.	[...] de briser la confidentialité qui me lie à mes clients sans avoir été tenu de le faire par la Loi (p. ex., conversations informelles entre collègues)	1,98	1,92	1	8
50.	[...] de complimenter mes clients sur leur physique	1,93	1,54	1	8
1.	[...] de faire des modifications importantes aux buts et aux tâches de la thérapie sans m'assurer du renouvellement du consentement libre et éclairé	1,87	1,56	1	8
15.	[...] de décider d'écourter la séance en cours	1,85	1,39	1	8
95.	[...] de ne pas être certain·e que les séances avec un ou plusieurs clients soient réellement confidentielles (p. ex., une autre personne présente à la maison du thérapeute et n'a pas été avertie qu'il ou elle est en séance)	1,78	1,48	1	8
100.	[...] de me faire interrompre lors de mes séances avec un client par une personne présente dans mon environnement (p. ex., collègue, conjoint·e, enfants)	1,76	1,34	1	8
3.	[...] de consulter les réseaux sociaux de mes clients	1,73	1,29	1	5
62.	[...] de ne pas aborder les rendez-vous manqués de mes clients	1,72	1,41	1	8
25.	[...] de dire à mes clients que j'éprouve de l'affection pour eux	1,67	1,51	1	8

**Tableau 4***Moyenne, écart-type, valeurs minimales et maximales des 109 items initiaux du QACP (suite)*

	Items (Il m'arrive...)	<i>M</i>	<i>ÉT</i>	Min.	Max.
101.	[...] de tenir pour acquis la pertinence d'une téléthérapie pour un ou plusieurs clients, sans en évaluer les enjeux potentiels	1,67	1,33	1	8
51.	[...] de ne pas aborder l'agressivité de mes clients à mon égard (p. ex., dénigrement, insultes)	1,66	1,31	1	7
56.	[...] de prolonger la durée de la séance à la demande de mes clients	1,66	1,30	1	7
57.	[...] de facturer des honoraires plus élevés à certains clients par rapport à d'autres	1,62	1,85	1	8
12.	[...] de communiquer mes hypothèses diagnostiques à mes clients sans qu'elles soient suffisamment appuyées	1,61	1,22	1	6
16.	[...] d'accepter des références pour des suivis psychologiques provenant du réseau social ou familial de mes clients	1,57	1,20	1	6
35.	[...] de poser ma main sur l'épaule de mes clients	1,57	1,39	1	8
45.	[...] de serrer mes clients dans mes bras	1,57	1,23	1	8
41.	[...] de dispenser une séance de thérapie en-dehors de mon lieu de pratique habituelle (p. ex., chambre d'hôpital, domicile du client)	1,52	1,08	1	6
17.	[...] de clore une séance sans m'assurer d'en avoir respecté la durée prévue	1,51	1,35	1	8
29.	[...] d'accepter que mes clients ne paient pas les honoraires d'une séance	1,49	1,09	1	5
23.	[...] de modifier les modalités d'intervention sans en avoir discuté préalablement	1,40	1,15	1	8
59.	[...] de parler à mes clients de mes autres clients	1,40	1,20	1	7
68.	[...] d'oublier de me présenter à une séance	1,36	0,90	1	8
38.	[...] de poser ma main sur celle de mes clients	1,35	1,03	1	7

**Tableau 4***Moyenne, écart-type, valeurs minimales et maximales des 109 items initiaux du QACP (suite)*

	Items (Il m'arrive...)	<i>M</i>	<i>ÉT</i>	Min.	Max.
97.	[...] d'effectuer mes séances avec un ou plusieurs clients en dehors de mon bureau (p. ex., salon, cuisine, salle d'employés)	1,32	1,20	1	8
2.	[...] de répondre au téléphone lorsque je suis en séance	1,29	0,87	1	6
91.	[...] de consulter mes réseaux sociaux, mes courriels, mes messages textes ou de naviguer sur Internet pendant que je suis en séance avec un ou plusieurs clients	1,28	0,93	1	6
52.	[...] de ne pas aborder les menaces d'automutilation ou de suicide de mes clients	1,27	0,76	1	4
54.	[...] de tolérer les propos discriminatoires de mes clients à mon égard (p. ex., remarques racistes, sexistes)	1,27	0,78	1	5
49.	[...] de m'emporter envers mes clients	1,25	0,73	1	5
81.	[...] de prendre en charge des clients que j'ai connus préalablement dans un autre contexte (p. ex., social, familial)	1,23	0,60	1	4
105.	[...] de communiquer avec un ou plusieurs clients via les réseaux sociaux (p. ex., Facebook, Instagram, Snapchat, TikTok) ou par des systèmes de messagerie instantanée (p. ex., Facebook Messenger)	1,23	0,93	1	6
28.	[...] de ne pas intervenir face aux menaces verbales, physiques ou légales envers ma propre personne, ma famille ou ma propriété	1,21	0,93	1	8
47.	[...] de parler de mes problèmes personnels avec mes clients	1,21	0,78	1	5
70.	[...] de déconseiller à mes clients d'aller consulter un autre professionnel de la santé mentale	1,19	0,64	1	4
55.	[...] de ne pas aborder l'état d'ébriété ou de consommation de mes clients en séance alors qu'il est manifeste	1,17	0,61	1	5

**Tableau 4***Moyenne, écart-type, valeurs minimales et maximales des 109 items initiaux du QACP (suite)*

	Items (Il m'arrive...)	<i>M</i>	<i>ÉT</i>	Min.	Max.
82.	[...] d'avoir des éléments distinctifs personnels dans le lieu où je reçois mes clients (p. ex., photos de famille, livres personnels, trophées ou certifications non reliées à ma profession)	1,15	0,74	1	6
42.	[...] d'offrir un cadeau de moins de 10 \$ à mes clients	1,14	0,58	1	5
32.	[...] d'accepter un cadeau de plus de 30 \$ de la part de mes clients	1,13	0,55	1	5
33.	[...] de répondre à des courriels ou à des messages textes pendant une séance	1,13	0,55	1	5
22.	[...] de faire la bise à mes clients	1,12	0,69	1	8
24.	[...] de transmettre des informations confidentielles sans avoir obtenu un accord préalable	1,10	0,45	1	5
46.	[...] de dispenser une thérapie gratuitement alors que des honoraires sont habituellement perçus	1,10	0,47	1	4
9.	[...] de demander des conseils à mes clients (p. ex., financiers)	1,09	0,39	1	3
72.	[...] de ne pas me présenter à une séance, et ce, sans préavis	1,09	0,39	1	3
104.	[...] de ne pas m'assurer systématiquement d'être dans un endroit propice à la téléthérapie	1,09	0,43	1	4
79.	[...] d'offrir à mes clients de les reconduire quelque part après la séance	1,08	0,39	1	4
98.	[...] de faire des séances avec un ou plusieurs clients avec un ordinateur partagé avec des membres de ma famille sans que mes accès soient protégés adéquatement	1,08	0,65	1	8
6.	[...] de chercher à séduire mes clients	1,07	0,45	1	5
39.	[...] de rechercher des informations confidentielles à propos de mes clients sans avoir obtenu leur accord préalable	1,07	0,35	1	3
60.	[...] de rendre visite à mes clients en dehors du contexte de la thérapie	1,07	0,51	1	5
92.	[...] d'effectuer certaines tâches non reliées à la thérapie pendant mes séances avec un ou plusieurs clients (p. ex., préparer une liste d'épicerie, faire du ménage)	1,06	0,40	1	4

**Tableau 4***Moyenne, écart-type, valeurs minimales et maximales des 109 items initiaux du QACP (suite)*

	Items (Il m'arrive...)	<i>M</i>	<i>ÉT</i>	Min.	Max.
76.	[...] de faire des remarques irrespectueuses en présence de mes clients	1,05	0,25	1	3
18.	[...] d'offrir un cadeau de plus de 30 \$ à mes clients	1,04	0,33	1	4
37.	[...] de dispenser une séance dans le cadre d'un repas partagé (p. ex., au restaurant)	1,04	0,37	1	5
85.	[...] d'entretenir une relation d'amitié avec un ou plusieurs anciens clients dont le suivi est terminé	1,04	0,20	1	2
69.	[...] de poser des gestes séducteurs auprès de mes clients	1,03	0,26	1	3
83.	[...] d'avoir une relation amicale ou amoureuse avec un proche d'un client pendant la thérapie	1,03	0,16	1	2
27.	[...] de modifier les honoraires en cours de thérapie (p. ex., sans en aviser le client)	1,02	0,27	1	4
31.	[...] de dispenser une séance gratuitement à mes clients en échange de services rendus de leur part (p. ex., entretien ménager, secrétariat, garde d'enfants)	1,02	0,13	1	2
44.	[...] de faire des transactions financières avec mes clients autres que le paiement des séances	1,02	0,18	1	3
58.	[...] de présenter mes clients à un ou plusieurs de mes proches	1,02	0,18	1	3
84.	[...] d'entretenir une relation d'amitié avec un ou plusieurs clients pendant la thérapie	1,02	0,20	1	3
87.	[...] d'entretenir une relation amoureuse avec un ou plusieurs anciens clients dont le suivi est terminé	1,02	0,18	1	3
63.	[...] d'inviter mes clients à une activité sociale	1,01	0,09	1	2
66.	[...] de dire à certains de mes clients que je les préfère à d'autres clients	1,01	0,09	1	2
74.	[...] de toucher certaines parties du corps de mes clients parmi les suivantes : cou, cuisse, fesses, seins et parties génitales	1,01	0,09	1	2
86.	[...] de faire affaire avec un ou plusieurs anciens clients dont le suivi est terminé	1,01	0,09	1	2

**Tableau 4***Moyenne, écart-type, valeurs minimales et maximales des 109 items initiaux du QACP (suite)*

	Items (Il m'arrive...)	<i>M</i>	<i>ÉT</i>	Min.	Max.
61.	[...] de faire des allusions sexuelles en présence de mes clients	1,00	0,00	1	1
71.	[...] de dire à mes clients que l'on pourrait être des amis après la thérapie	1,00	0,00	1	1
73.	[...] d'emprunter de l'argent à mes clients	1,00	0,00	1	1
77.	[...] de rémunérer mes clients pour un service rendu (p. ex., travaux manuels ou ménagers, tâches administratives, garde d'enfants)	1,00	0,00	1	1
78.	[...] d'embrasser mes clients sur les lèvres	1,00	0,00	1	1
88.	[...] d'entretenir une relation amoureuse avec un ou plusieurs clients pendant la thérapie	1,00	0,00	1	1
89.	[...] d'avoir une relation sexuelle avec un ou plusieurs anciens clients dont le suivi est terminé	1,00	0,00	1	1
90.	[...] d'avoir une relation sexuelle avec un ou plusieurs clients pendant la thérapie	1,00	0,00	1	1

### **Fréquence des aménagements au cadre psychothérapeutique**

Les réponses aux items ont été recodées de manière dichotomique (« ceci n'est jamais arrivé » et « ceci est arrivé ») afin d'obtenir le taux d'endossement de chacun des 109 items initiaux du QACP.

Le Tableau 5 présente le taux d'endossement des items du QACP en ordre décroissant. Les items qui présentent le même taux d'endossement ont été ordonnés en ordre croissant selon le numéro d'item. L'item 43 (« Il m'arrive de [...] de répondre à des questions de mes clients concernant ma vie personnelle ») est fortement endossé. À l'exception de l'item 43 qui concerne une violation du cadre, les 20 premiers items les plus endossés concernent surtout des assouplissements ou des transgressions.



**Tableau 5***Items du QACP en ordre décroissant selon la fréquence*

Rang	# Item	Fréq.	%	% valide	Item (Il m'arrive...)
1	21	93	56,4	76,2	[...] de prolonger la séance lorsque mes clients arrivent en retard
2	43	93	56,4	76,2	[...] de répondre à des questions de mes clients concernant ma vie personnelle
3	75	88	53,3	73,3	[...] de regarder l'horloge plus souvent avec certains clients que je ne le fais habituellement
4	20	83	50,3	68,6	[...] de remettre à plus tard mes retours d'appel
5	13	81	49,1	66,4	[...] de faire varier, d'une séance à l'autre, la durée de la rencontre de façon significative (p. ex., 5 minutes et plus)
6	67	77	46,7	63,6	[...] de parler avec mes clients de sujets non reliés à la thérapie (p. ex., actualité, météo) une fois la séance terminée
7	103	73	44,2	61,3	[...] d'oublier d'éteindre la sonnerie de mon téléphone, de désactiver les notifications de mon ordinateur ou toute autre distraction de ce type
8	53	72	43,6	59,0	[...] de ne pas aborder les retards de mes clients
9	8	69	41,8	56,6	[...] de décider d'allonger la séance en cours de manière significative
10	14	69	41,8	57,0	[...] de me présenter à une séance alors que je ne suis pas disposé sur le plan psychologique
11	26	67	40,6	54,9	[...] de me présenter en retard à une séance
12	4	65	39,4	52,8	[...] de débiter la thérapie sans être certain que mes clients aient bien compris les objectifs
13	80	64	38,8	53,3	[...] d'accepter un cadeau de moins de 10 \$ de mes clients
14	64	63	38,2	51,6	[...] d'accepter de voir mes clients à des plages horaires qui sont inhabituelles pour moi

**Tableau 5***Items du QACP en ordre décroissant selon la fréquence (suite)*

Rang	# Item	Fréq.	%	% valide	Item (Il m'arrive...)
15	36	61	37,0	50,0	[...] de ne pas discuter avec mes clients du fait qu'ils aient dérogé aux modalités convenues
16	106	61	37,0	51,3	[...] de communiquer avec un ou plusieurs clients à des heures qui sont inhabituelles pour moi (p. ex., en soirée, la nuit, la fin de semaine ou lors de journées de congé/vacances)
17	34	56	33,9	46,3	[...] d'accepter que mes clients paient leurs honoraires en retard sans entente préalable
18	93	56	33,9	46,7	[...] de constater qu'un client est distrait par autre chose et de ne pas l'aborder avec lui
19	19	54	32,7	44,3	[...] de me présenter à une séance alors que je ne suis pas disposé sur le plan physique
20	48	50	30,3	41,3	[...] de dispenser une séance de thérapie à tarif réduit
21	102	48	29,1	40,3	[...] de constater qu'un client mange, fume ou boit pendant les séances et de ne pas l'aborder avec lui
22	96	46	27,9	38,3	[...] de ne pas vérifier où et avec qui un client se trouve au moment de nos séances
23	7	44	26,7	36,1	[...] de questionner mes clients sur certains aspects de leur vie personnelle qui ne sont pas en lien avec les objectifs thérapeutiques
24	40	44	26,7	36,4	[...] de tutoyer mes clients alors que j'avais pris l'habitude de les vouvoyer
25	1	43	26,1	35,2	[...] de faire des modifications importantes aux buts et aux tâches de la thérapie sans m'assurer du renouvellement du consentement libre et éclairé
26	11	42	25,5	34,4	[...] de sacrer ou de jurer en présence de mes clients

**Tableau 5**

*Items du QACP en ordre décroissant selon la fréquence (suite)*

Rang	# Item	Fréq.	%	% valide	Item (Il m'arrive...)
27	94	42	25,5	35,0	[...] de ne pas vérifier si un client se trouve dans un endroit propice à une séance de thérapie, c'est-à-dire calme et isolé
28	15	41	24,8	33,6	[...] de décider d'écourter la séance en cours
29	100	41	24,8	34,2	[...] de me faire interrompre lors de mes séances avec un client par une personne présente dans mon environnement (p. ex., collègue, conjoint·e, enfants)
30	50	40	24,2	32,8	[...] de complimenter mes clients sur leur physique
31	95	37	22,4	30,8	[...] de ne pas être certain·e que les séances avec un ou plusieurs clients soient réellement confidentielles (p. ex., une autre personne présente à la maison du thérapeute et n'a pas été avertie qu'il ou elle est en séance)
32	99	37	22,4	30,8	de m'habiller de manière décontractée lorsque je suis en séance avec un client
33	3	36	21,8	29,5	[...] de consulter les réseaux sociaux de mes clients
34	107	36	21,8	30,3	[...] d'utiliser des émoticônes ou des émojis lorsque je communique avec un ou plusieurs clients par écrit
35	109	36	21,8	30,3	[...] de répondre aux courriels d'un ou plusieurs clients en priorité, et ce, en dehors des périodes de crise
36	10	35	21,2	28,7	[...] de modifier la fréquence des séances en dehors d'un contexte de crise
37	65	35	21,2	29,2	[...] de ne pas discuter des retards de paiement de mes clients
38	5	34	20,6	27,6	[...] de ne pas savoir à l'avance combien de temps une séance va durer
39	62	34	20,6	27,9	[...] de ne pas aborder les rendez-vous manqués de mes clients
40	41	33	20,0	27,0	[...] de dispenser une séance de thérapie en-dehors de mon lieu de pratique habituelle (p. ex., chambre d'hôpital, domicile du client)

**Tableau 5**

*Items du QACP en ordre décroissant selon la fréquence (suite)*

Rang	# Item	Fréq.	%	% valide	Item (Il m'arrive...)
41	45	33	20,0	27,0	[...] de serrer mes clients dans mes bras
42	51	33	20,0	27,0	[...] de ne pas aborder l'agressivité de mes clients à mon égard (p. ex., dénigrement, insultes)
43	56	33	20,0	27,3	[...] de prolonger la durée de la séance à la demande de mes clients
44	101	33	20,0	27,5	[...] de tenir pour acquis la pertinence d'une téléthérapie pour un ou plusieurs clients, sans en évaluer les enjeux potentiels
45	12	32	19,4	26,2	[...] de communiquer mes hypothèses diagnostiques à mes clients sans qu'elles soient suffisamment appuyées
46	30	30	18,2	24,6	[...] de briser la confidentialité qui me lie à mes clients sans avoir été tenu de le faire par la Loi (p. ex., conversations informelles entre collègues)
47	108	29	17,6	24,4	[...] des acronymes ou des abréviations lorsque je communique avec un ou plusieurs clients par écrit
48	16	26	15,8	21,7	[...] d'accepter des références pour des suivis psychologiques provenant du réseau social ou familial de mes clients
49	25	25	15,2	20,5	[...] de dire à mes clients que j'éprouve de l'affection pour eux
50	68	25	15,2	20,8	[...] d'oublier de me présenter à une séance
51	29	24	14,5	20,0	[...] d'accepter que mes clients ne paient pas les honoraires d'une séance
52	35	24	14,5	19,7	[...] de poser ma main sur l'épaule de mes clients
53	17	20	12,1	16,7	[...] de clore une séance sans m'assurer d'en avoir respecté la durée prévue
54	23	19	11,5	15,6	[...] de modifier les modalités d'intervention sans en avoir discuté préalablement
55	38	19	11,5	15,8	[...] de poser ma main sur celle de mes clients

**Tableau 5***Items du QACP en ordre décroissant selon la fréquence (suite)*

Rang	# Item	Fréq.	%	% valide	Item (Il m'arrive...)
56	54	17	10,3	13,9	[...] de tolérer les propos discriminatoires de mes clients à mon égard (p. ex., remarques racistes, sexistes)
57	81	17	10,3	14,3	[...] de prendre en charge des clients que j'ai connus préalablement dans un autre contexte (p. ex., social, familial)
58	52	16	9,7	13,1	[...] de ne pas aborder les menaces d'automutilation ou de suicide de mes clients
59	2	15	9,1	12,2	[...] de répondre au téléphone lorsque je suis en séance
60	49	15	9,1	12,3	[...] de m'emporter envers mes clients
61	59	15	9,1	12,3	[...] de parler à mes clients de mes autres clients
62	57	14	8,5	11,6	[...] de facturer des honoraires plus élevés à certains clients par rapport à d'autres
63	55	12	7,3	9,8	[...] de ne pas aborder l'état d'ébriété ou de consommation de mes clients en séance alors qu'il est manifeste
64	70	12	7,3	9,9	[...] de déconseiller à mes clients d'aller consulter un autre professionnel de la santé mentale
65	97	12	7,3	10,0	[...] d'effectuer mes séances avec un ou plusieurs clients en dehors de mon bureau (p. ex., salon, cuisine, salle d'employés)
66	91	11	6,7	9,2	[...] de consulter mes réseaux sociaux, mes courriels, mes messages textes ou de naviguer sur Internet pendant que je suis en séance avec un ou plusieurs clients
67	47	10	6,1	8,2	[...] de parler de mes problèmes personnels avec mes clients
68	28	9	5,5	7,4	[...] de ne pas intervenir face aux menaces verbales, physiques ou légales envers ma propre personne, ma famille ou ma propriété

**Tableau 5***Items du QACP en ordre décroissant selon la fréquence (suite)*

Rang	# Item	Fréq.	%	% valide	Item (Il m'arrive...)
69	32	9	5,5	7,4	[...] d'accepter un cadeau de plus de 30 \$ de la part de mes clients
70	33	9	5,5	7,4	[...] de répondre à des courriels ou à des messages textes pendant une séance
71	105	9	5,5	7,6	de communiquer avec un ou plusieurs clients via les réseaux sociaux (p. ex., Facebook, Instagram, Snapchat, TikTok) ou par des systèmes de messagerie instantanée (p. ex., Facebook Messenger)
72	24	8	4,8	6,6	[...] de transmettre des informations confidentielles sans avoir obtenu un accord préalable
73	42	8	4,8	6,6	[...] d'offrir un cadeau de moins de 10 \$ à mes clients
74	9	7	4,2	5,7	[...] de demander des conseils à mes clients (p. ex., financiers)
75	22	7	4,2	5,8	[...] de faire la bise à mes clients
76	72	7	4,2	5,8	[...] de ne pas me présenter à une séance, et ce, sans préavis
77	104	7	4,2	5,9	[...] de ne pas m'assurer systématiquement d'être dans un endroit propice à la téléthérapie
78	39	6	3,6	5,0	[...] de rechercher des informations confidentielles à propos de mes clients sans avoir obtenu leur accord préalable
79	46	6	3,6	5,0	[...] de dispenser une thérapie gratuitement alors que des honoraires sont habituellement perçus
80	82	6	3,6	5,1	[...] d'avoir des éléments distinctifs personnels dans le lieu où je reçois mes clients (p. ex., photos de famille, livres personnels, trophées ou certifications non reliées à ma profession)
81	76	5	3,0	4,2	[...] de faire des remarques irrespectueuses en présence de mes clients

**Tableau 5**

*Items du QACP en ordre décroissant selon la fréquence (suite)*

Rang	# Item	Fréq.	%	% valide	Item (Il m'arrive...)
82	79	5	3,0	4,2	[...] d'offrir à mes clients de les reconduire quelque part après la séance
83	85	5	3,0	4,2	[...] d'entretenir une relation d'amitié avec un ou plusieurs anciens clients dont le suivi est terminé
84	6	4	2,4	3,3	[...] de chercher à séduire mes clients
85	83	3	1,8	2,5	[...] d'avoir une relation amicale ou amoureuse avec un proche d'un client pendant la thérapie
86	92	3	1,8	2,5	[...] d'effectuer certaines tâches non reliées à la thérapie pendant mes séances avec un ou plusieurs clients (p. ex., préparer une liste d'épicerie, faire du ménage)
87	98	3	1,8	2,5	[...] de faire des séances avec un ou plusieurs clients avec un ordinateur partagé avec des membres de ma famille sans que mes accès soient protégés adéquatement
88	18	2	1,2	1,6	[...] d'offrir un cadeau de plus de 30 \$ à mes clients
89	31	2	1,2	1,7	[...] de dispenser une séance gratuitement à mes clients en échange de services rendus de leur part (p. ex., entretien ménager, secrétariat, garde d'enfants)
90	37	2	1,2	1,6	[...] de dispenser une séance dans le cadre d'un repas partagé (p. ex., au restaurant)
91	60	2	1,2	1,6	[...] de rendre visite à mes clients en dehors du contexte de la thérapie
92	69	2	1,2	1,7	[...] de poser des gestes séducteurs auprès de mes clients
93	84	2	1,2	1,7	[...] d'entretenir une relation d'amitié avec un ou plusieurs clients pendant la thérapie

**Tableau 5***Items du QACP en ordre décroissant selon la fréquence (suite)*

Rang	# Item	Fréq.	%	% valide	Item (Il m'arrive...)
94	27	1	0,6	0,8	[...] de modifier les honoraires en cours de thérapie (p. ex., sans en aviser le client)
95	44	1	0,6	0,8	[...] de faire des transactions financières avec mes clients autres que le paiement des séances
96	58	1	0,6	0,8	[...] de présenter mes clients à un ou plusieurs de mes proches
97	63	1	0,6	0,8	[...] d'inviter mes clients à une activité sociale
98	66	1	0,6	0,8	[...] de dire à certains de mes clients que je les préfère à d'autres clients
99	74	1	0,6	0,8	[...] de toucher certaines parties du corps de mes clients parmi les suivantes : cou, cuisse, fesses, seins et parties génitales
100	86	1	0,6	0,8	[...] de faire affaire avec un ou plusieurs anciens clients dont le suivi est terminé
101	87	1	0,6	0,8	[...] d'entretenir une relation amoureuse avec un ou plusieurs anciens clients dont le suivi est terminé
102	61	0	0	0	[...] de faire des allusions sexuelles en présence de mes clients
103	71	0	0	0	[...] de dire à mes clients que l'on pourrait être des amis après la thérapie
104	73	0	0	0	[...] d'emprunter de l'argent à mes clients
104	73	0	0	0	[...] d'emprunter de l'argent à mes clients
105	77	0	0	0	[...] de rémunérer mes clients pour un service rendu (p. ex., travaux manuels ou ménagers, tâches administratives, garde d'enfants)
106	78	0	0	0	[...] d'embrasser mes clients sur les lèvres



**Tableau 5***Items du QACP en ordre décroissant selon la fréquence (suite)*

Rang	# Item	Fréq.	%	% valide	Item (Il m'arrive...)
107	88	0	0	0	[...] d'entretenir une relation amoureuse avec un ou plusieurs clients pendant la thérapie
108	89	0	0	0	[...] d'avoir une relation sexuelle avec un ou plusieurs anciens clients dont le suivi est terminé
109	90	0	0	0	[...] d'avoir une relation sexuelle avec un ou plusieurs clients pendant la thérapie

*Note.* *N* valide = 118 à 123. Fréq. = Fréquence; % = Pourcentage calculé en fonction du nombre total de valeurs, y compris les valeurs manquantes; % valide = Pourcentage calculé en fonction des valeurs valides : il exclut donc les valeurs manquantes.

### **Analyse factorielle exploratoire du QACP**

Les résultats de l'analyse factorielle exploratoire du QACP sont présentés en trois temps. Premièrement, le processus de sélection préliminaire des items est explicité. Deuxièmement, la solution factorielle finale est décrite. Finalement, les corrélations entre les facteurs du QACP sont exposées.

#### **Sélection préliminaire des items**

La sélection préliminaire des items a été effectuée après le processus de révision des items (voir Tableau 6). Son objectif a été de retirer les items pouvant bloquer l'exécution d'une AFE. Premièrement, les items avec une variance nulle ont été retirés, puisqu'ils rendaient impossible le calcul d'indices de difficulté et de discrimination des items (13 items). Deuxièmement, les items ont été triés en fonction de leur performance psychométrique. Pour ce faire, les indices de difficulté ( $p$ ), de discrimination ( $D$ ) ainsi que de corrélations point bisériale ( $r_{pb}$ ) et bisériales ( $r_b$ ) ont été calculés sur les données des participantes complètes ( $n = 78$ ). Les items ont été exclus s'ils présentaient au moins une des situations suivantes : (1) un  $p$  constant; (2) un  $D$  négatif; (3) un  $D$  entre 0 et 1; (4) un  $r_b$  négatif, élevé et significatif ou un  $r_b$  négatif, faible et non significatif. Cela a mené au retrait de dix items supplémentaires. Troisièmement, les items conceptuellement redondants, mal formulés ou improbables ont été retirés (11 items). Finalement, 56 items supplémentaires ont été éliminés selon des critères statistiques resserrés. Le processus de sélection s'est arrêté à cette étape en raison des d'indices d'interprétabilité et d'ajustement aux données jugés suffisamment satisfaisants.

**Tableau 6***Processus de sélection des items pour l'AFE*

Étape	Items retirés	Rationnel
1	27, 37, 44, 58, 61, 71, 73, 74, 77, 78, 88, 89, 90	Constantes
2	6, 15, 31, 39, 60, 63, 66, 82, 98, 104	Critères statistiques et conceptuels
3	5, 13, 24, 36, 47, 54, 69, 76, 94, 97, 99	Items redondants, vagues ou peu probables
4		
4.1	18, 20, 22, 32, 33, 34, 42, 46, 52, 57, 68, 70, 72, 79, 81, 83, 84, 85, 86, 87, 91, 92, 93, 95, 96, 100, 101, 102, 103, 105, 106, 107, 108, 109	Items problématiques ayant causé de la multicollinéarité à l'étape 3
4.2	2, 28	Items avec des communalités $> 1$
4.3	14, 19, 29, 40, 55, 59, 64	Items appartenant à des facteurs pauvrement définis (1 à 2 items par facteur)
4.4	Aucun item retiré, car cela aurait détérioré la solution factorielle	Items complexes avec une saturation $< 0,45$
4.5	1, 7, 9, 10, 12, 16, 23, 26, 30, 41, 48, 50, 65	Items incohérents sur le plan conceptuel au sein d'un facteur ou facteurs pauvrement définis (1 item par facteur)

### **Sélection de la solution factorielle finale et identification des facteurs**

Plusieurs solutions factorielles ont émergé durant le processus de sélection préliminaire des items. En particulier, les AFE réalisées à la dernière étape du processus via le logiciel MPlus (rotation Geomin) ont révélé des solutions à cinq, six et sept facteurs. La solution à sept facteurs a été retenue, puisqu'elle offre le meilleur compromis entre un profil statistique satisfaisant et une pertinence clinique (voir Tableau 7). Ceci dit, les facteurs demeurent hétérogènes : il n'est pas toujours possible d'identifier clairement un construit latent potentiel. L'analyse a recommandé l'ajout des items 1, 3, 10, 14, 16, 23, 41, 48 et 65. Ces items ont été éliminés à des étapes antérieures du processus de sélection des items. Ils ont tous été rajoutés à la solution factorielle sauf l'item 16, puisque sa saturation est inférieure ou égale à 0,32. Les items complexes ont été attribués selon un critère d'interprétabilité des facteurs. La solution finale avant le retrait de l'item 16 explique 45,37 % de la variance associée aux aménagements au cadre en psychothérapie. Ses sept facteurs ont été étiquetés comme suit : « Modifications des modalités », « Surimplication émotionnelle », « Durée », « Familiarité », « Évitement des inconforts », « Confusion des frontières relationnelles » et « Négligence ».

Le premier facteur, « Modifications des modalités » (4 items), permet d'expliquer 14,28 % de la variance. Il réfère à la modification des tâches et des modalités d'intervention psychothérapeutiques sans le consentement des client·es ainsi qu'à la modification de la fréquence des séances en dehors d'un contexte de crise. Il renvoie aussi à l'indisposition psychologique des thérapeutes en séance.

**Tableau 7***Solution factorielle exploratoire finale du QACP*

Items (Il m'arrive...)	Facteurs						
	Modif. mod.	Surimp. émot.	Durée	Fam.	Évit. inconf.	Conf. front.	Négl.
1. [...] de faire des modifications importantes aux buts et aux tâches de la thérapie sans m'assurer du renouvellement du consentement libre et éclairé	<b>0,92</b>	-0,26	0,05	-0,06	0,03	-0,05	-0,02
3. [...] de consulter les réseaux sociaux de mes clients	0,05	-0,04	-0,26	0,01	0,02	<b>0,50</b>	-0,24
4. [...] de débiter la thérapie sans être certain que mes clients aient bien compris les objectifs	0,29	0,03	-0,03	0,22	0,27	-0,07	<b>0,36</b>
8. [...] de décider d'allonger la séance en cours de manière significative	0,24	-0,02	<b>0,42</b>	0,01	0,38	0,01	-0,03
10. [...] de modifier la fréquence des séances en dehors d'un contexte de crise	<b>0,56</b>	-0,04	0,18	-0,19	0,08	0,07	0,02
11. [...] de sacrer ou de jurer en présence de mes clients	0,50	0,10	-0,04	0,25	-0,03	<b>0,44</b>	-0,29
14. [...] de me présenter à une séance alors que je ne suis pas disposé sur le plan psychologique	<b>0,45</b>	0,01	0,25	0,27	-0,24	-0,05	0,05
17. [...] de clore une séance sans m'assurer d'en avoir respecté la durée prévue	0,05	0,02	<b>0,70</b>	-0,34	-0,01	-0,03	0,51
21. [...] de prolonger la séance lorsque mes clients arrivent en retard	-0,00	-0,04	<b>0,61</b>	0,39	0,35	0,00	-0,06
23. [...] de modifier les modalités d'intervention sans en avoir discuté préalablement	<b>0,79</b>	0,03	-0,08	-0,03	0,19	0,02	0,06

**Tableau 7**

*Solution factorielle exploratoire finale du QACP (suite)*

Items (Il m'arrive...)	Facteurs						
	Modif. mod.	Surimp. émot.	Durée	Fam.	Évit. inconf.	Conf. front.	Négl.
25. [...] de dire à mes clients que j'éprouve de l'affection pour eux	0,24	<b>0,86</b>	0,04	0,35	-0,14	0,02	0,02
35. [...] de poser ma main sur l'épaule de mes clients	-0,06	-0,11	0,06	<b>0,60</b>	0,26	-0,16	0,02
38. [...] de poser ma main sur celle de mes clients	-0,02	<b>0,58</b>	0,55	0,08	-0,00	0,09	-0,01
41. [...] de dispenser une séance de thérapie en-dehors de mon lieu de pratique habituelle (p. ex., chambre d'hôpital, domicile du client)	0,06	-0,03	-0,19	0,00	<b>0,46</b>	0,02	0,30
43. [...] de répondre à des questions de mes clients concernant ma vie personnelle	0,00	<b>0,56</b>	0,11	-0,31	0,42	-0,05	-0,03
45. [...] de serrer mes clients dans mes bras	0,03	<b>0,39</b>	0,17	0,24	0,13	0,27	-0,10
48. [...] de dispenser une séance de thérapie à tarif réduit	-0,06	<b>0,83</b>	-0,07	-0,41	0,04	-0,19	0,11
49. [...] de m'emporter envers mes clients	0,05	<b>0,53</b>	-0,03	-0,01	0,01	-0,65	-0,45
51. [...] de ne pas aborder l'agressivité de mes clients à mon égard (p. ex., dénigrement, insultes)	-0,15	0,25	0,20	-0,00	<b>0,56</b>	0,23	0,02
53. [...] de ne pas aborder les retards de mes clients	0,11	0,12	-0,01	0,01	0,60	0,02	<b>0,62</b>
56. [...] de prolonger la durée de la séance à la demande de mes clients	0,03	0,32	-0,04	-0,06	<b>0,36</b>	0,48	0,03
62. [...] de ne pas aborder les rendez-vous manqués de mes clients	0,00	0,04	0,00	0,02	<b>0,48</b>	-0,10	-0,76

**Tableau 7**

*Solution factorielle exploratoire finale du QACP (suite)*

Items (Il m'arrive...)	Facteurs						
	Modif. mod.	Surimp. émot.	Durée	Fam.	Évit. inconf.	Conf. front.	Négl.
65. [...] de ne pas discuter des retards de paiement de mes clients	0,02	-0,04	-0,16	0,44	<b>0,36</b>	0,04	0,00
67. [...] de parler avec mes clients de sujets non reliés à la thérapie (p. ex., actualité, météo) une fois la séance terminée	-0,03	0,05	-0,02	<b>0,75</b>	0,01	-0,33	0,44
75. [...] de regarder l'horloge plus souvent avec certains clients que je ne le fais habituellement	0,22	0,01	0,01	0,03	<b>0,78</b>	-0,32	-0,02
80. [...] d'accepter un cadeau de moins de 10 \$ de mes clients	-0,12	-0,00	0,32	-0,11	0,36	<b>0,46</b>	0,05

*Note.* Les items avec une saturation factorielle  $\leq 0,32$  ne sont pas présentés. Les saturations en **gras** indiquent le facteur d'appartenance de l'item.

Modif. Mod. = Modifications des modalités thérapeutiques; Surimp. émot. = Surimplication émotionnelle; Fam. = Familiarité; Évit. inconf = Évitemment des inconforts; Conf. front. = Confusion des frontières relationnelles; Négl. = Négligence.

Le deuxième facteur, « Surimplication émotionnelle » (6 items), explique 8,81 % de la variance. Il reflète la tendance de certain·es thérapeutes à surinvestir leurs client·es. Cette propension peut s'exprimer par des contacts physiques (p. ex., serrer un/une client·e dans ses bras et mettre sa main sur celle des client·es) ou par l'expression d'affects forts (p. ex., affection, colère). Ce facteur comprend aussi le choix des thérapeutes d'offrir des séances de thérapie à tarif réduit et de répondre à des questions personnelles.

Le troisième facteur « Durée » (3 items) décrit 6,60 % de la variance. Il s'attarde aux aménagements temporels au cadre psychothérapeutique tels que le fait d'allonger la séance en cours de manière significative, notamment lorsque les client·es sont en retard, ou encore de clore une séance sans s'assurer d'avoir respecté la durée prévue.

Le quatrième facteur « Familiarité » (2 items) explique 5,48 % de la variance. Il comprend des gestes des thérapeutes comme poser sa main sur l'épaule de ses client·es ou de parler avec ces derniers de sujets non reliés à la thérapie une fois la séance terminée.

Le cinquième facteur « Évitement des inconforts » (6 items) explique 4,03 % de la variance. Il réfère au fait de s'abstenir d'aborder les rendez-vous manqués, les retards de paiements ou les manifestations d'agressivité des client·es avec ils/elles. Ce facteur renvoie aux séances effectuées en dehors du lieu de pratique habituel des thérapeutes. Il concerne aussi les prolongations des séances à la demande des client·es.



Le sixième facteur « Confusion des frontières relationnelles » (3 items) explique 3,37 % de la variance. Il réfère à la consultation des réseaux sociaux des client·es, de sacrer ou de jurer en leur présence et d'accepter un cadeau de moins de 10 \$ de leur part.

Finalement, le septième facteur « Négligence » (2 items) décrit 2,80 % de la variance. Il fait référence à des comportements de désengagement des thérapeutes envers leurs client·es comme de ne pas aborder leurs retards aux séances et de débiter la thérapie sans s'assurer de la compréhension des client·es des objectifs à travailler.

### **Corrélations entre les facteurs**

Le Tableau 8 montre les corrélations entre les sept facteurs finaux du QACP. Seules les corrélations entre le facteur « Évitement des inconforts » et ceux de « Modification des modalités thérapeutiques » et de « Surimplication émotionnelle » sont significatives. La majorité des autres corrélations sont nulles. Quelques corrélations faibles, toujours non significatives, sont notées (Cohen & Cohen, 1983).

**Tableau 8***Corrélations entre les facteurs du QACP*

	Modification des modalités thérapeutiques	Surimplication émotionnelle	Durée	Familiarité	Évitement des inconforts	Confusion des frontières relationnelles	Négligence
Modification des modalités thérapeutiques	—						
Surimplication émotionnelle	0,26	—					
Durée	0,02	0,10	—				
Familiarité	0,03	0,03	0,02	—			
Évitement des inconforts	0,25*	0,30*	0,18	-0,07	—		
Confusion des frontières relationnelles	-0,12	0,02	0,07	0,03	-0,01	—	
Négligence	0,09	0,14	-0,07	-0,12	-0,02	-0,01	—

*Note.* \*  $p < 0,05$ .

La solution factorielle retenue respecte partiellement le postulat de factoriabilité des matrices de corrélation. En effet, la matrice de corrélations interitems révèle plusieurs corrélations  $> 0,30$ , ce qui appuie l'exécution d'une AFE (Tabachnick & Fidell, 2012). Le test de sphéricité de Bartlett  $\chi^2 (351) = 671,819$ ,  $p < 0,001$  suggère la présence de corrélations interitems assez élevées pour justifier une AFE. La valeur du test du Kaiser-Meyer-Olkin (KMO; 0,59) suggère des patrons corrélationnels plus diffus, mais suffisamment convergents pour retenir la solution factorielle (Field, 2018). Le Tableau 9 compare les indices d'ajustement aux données produites par MPlus. Il montre que, dans l'ensemble, le modèle à sept facteurs est celui qui présente les meilleurs indices d'ajustement aux données des trois modèles (Clark & Bowles, 2018; Hu & Bentler, 1999).

**Tableau 9**

*Indices d'ajustement des solutions factorielles à cinq, six ou sept facteurs du QACP*

Modèle	RMSEA	CFI	TLI	SRMR	$\chi^2$ (ddl)
Cinq facteurs	0,05 IC90 % (0,03;0,06)	0,90	0,85	0,11	282,02(226), $p = 0,00$
Six facteurs	0,04 IC90 % (0,01;0,06)	0,93	0,89	0,10	243,15 (204), $p = 0,00$
Sept facteurs	0,03 IC90 % (0,00;0,05)	0,96	0,93	0,09	204,47 (183), $p = 0,13$

*Note.* RMSEA = Erreur quadratique moyenne de l'approximation (*Root mean square error of approximation*); CFI = Indice d'adéquation comparative (*Comparative fit index*); TLI = Indice de Tucker-Lewis (*Tucker-Lewis index*); SRMR = Erreur quadratique moyenne (*Standardized root mean square residual*);  $\chi^2$  = Test du chi-carré d'adéquation du modèle (*Chi-Square Test of Model Fit*); ddl = degrés de liberté.

La solution à sept facteurs offre aussi une meilleure interprétation des données que les solutions à cinq ou six facteurs. Ses facteurs ajoutent des nuances pertinentes sur les réactions affectives des thérapeutes. En effet, les facteurs « Modification des modalités thérapeutiques », « Évitement des inconforts » et « Négligence » semblent dénoter un état émotif plus « négatif » des thérapeutes envers leur clientèle, tandis que les facteurs « Surimplication émotionnelle », « Durée », « Familiarité » et « Confusion des frontières relationnelles » suggèrent des réactions affectives plus « positives » des thérapeutes. L'interprétabilité de la solution factorielle à sept facteurs est toutefois limitée par la présence d'items complexes et d'un faible nombre d'items par facteurs. Par exemple, il est difficile de déterminer en quoi les facteurs « Familiarité » et « Confusion des frontières relationnelles » se distinguent. Aussi, il n'est pas clair pourquoi les items d'aménagements « temporels » ne sont pas tous associés au facteur de « Durée ». Les solutions à cinq et six

facteurs présentent des facteurs encore plus difficilement interprétables. Leurs facteurs sont hétérogènes. Il est donc difficile de cibler un construit latent unificateur pour ces facteurs. Ces constats suggèrent une compromission importante de la validité de ces solutions et justifient donc leur rejet.

### **Cohérence interne du QACP**

Cette sous-section présente brièvement le degré de respect des postulats sous-jacents à la mesure de la cohérence interne au sein du QACP. Elle fait état de la cohérence interne de l'outil.

#### **Postulats**

Les données de dispersion centrales du QACP suggèrent que le postulat d'équivalence tau essentielle a été enfreint. Elles soutiennent donc l'utilisation de l'oméga comme mesure de cohérence interne (Graham, 2006).

#### **Cohérence interne globale, par facteur et en cas de suppression d'un item**

La plupart des indices de cohérence interne n'ont pas pu être calculés en raison : (1) de covariances négatives ou nulles entre les items ou (2) d'un nombre d'items insuffisant d'items par facteur (voir Tableau 10). Les cohérences internes dégagées sont faibles (Murphy & Davidshofer, 2001). Les données relatives à la suppression d'items ne permettent pas pour la plupart de déterminer si d'autres items sont à retirer.

**Tableau 10***Oméga global, par facteur et en cas de suppression d'un item du QACP*

QACP	$\omega$	$\omega$ en cas suppression d'un item du QACP
Facteur 1 – Modifications des modalités formelles	Nd <sup>a</sup>	Nd <sup>a</sup> pour tous les items du facteur, sauf pour l'item 1 Suppression de l'item 1 augmenterait le $\omega$ à 0,44
Facteur 2 – Surimplication émotionnelle	0,64	Suppression de l'item 48 augmenterait le $\omega$ à 0,66
Facteur 3 – Durée	0,67	Nd <sup>c</sup> pour tous les items du facteur
Facteur 4 – Familiarité	Nd <sup>b</sup>	Nd <sup>c</sup> pour tous les items du facteur
Facteur 5 – Évitement des inconforts	Nd <sup>a</sup>	Nd <sup>a</sup> pour tous les items du facteur, sauf pour l'item 56 Suppression de l'item 56 augmenterait le $\omega$ à 0,58
Facteur 6 – Confusion des frontières relationnelles	0,65	Nd <sup>c</sup> pour tous les items du facteur
Facteur 7 – Négligence	Nd <sup>b</sup>	Nd <sup>c</sup> pour tous les items du facteur
Global	Nd <sup>a</sup>	Nd <sup>a</sup> pour tous les items

*Note.*  $\omega$  = oméga; Nd = information non calculable; <sup>a</sup> = impossibilité de calculer le coefficient  $\omega$  en raison de covariances négatives ou nulles entre les items; <sup>b</sup> = impossibilité de calculer le coefficient  $\omega$  en raison d'un nombre d'items inférieur à 3; <sup>c</sup> = impossibilité de calculer le coefficient  $\omega$  en raison d'un nombre d'items inférieur à 4.

### **Items critiques**

Le QACP propose une liste de 34 items critiques (voir Tableau 11). Les items critiques constituent des manquements invariablement graves ou répétés à l'éthique (p. ex., exploitation des client·es, comportements sexualisés; Zachrisson, 2014). La majorité de ces items (31/34 items) ont été retirés pendant le processus de sélection préliminaire des items pour l'AFE, notamment en raison de leurs variances nulles (11/34 items). Les items critiques forment une échelle distincte du QACP. Ses propriétés psychométriques n'ont pas été calculées en raison de problèmes anticipés de cohérence de l'échelle. Avec ces items critiques, le QACP vise à alerter les thérapeutes face à leurs comportements problématiques et à les encourager à aller chercher un soutien approprié pour leur situation.

### **Validité convergente**

Cette section présente les résultats des corrélations de Spearman et des ANOVA entre le QACP et l'EDSCM (Crowne & Marlowe, 1960), le QSD (Laliberté, 2022), le FWC-58 (Røssberg et al., 2003) et le MentS (Dimitrijević et al., 2018). Les facteurs du QACP n'ont pas été inclus dans ces analyses en raison de leur moins grande interprétabilité et de leurs propriétés psychométriques insatisfaisantes. De plus, la correction de Bonferroni n'a pas été utilisée afin de ne pas exacerber le manque de puissance anticipé des analyses.

### **Associations avec l'EDSCM**

Les Tableaux 12 à 14 montrent les corrélations bivariées de Spearman entre l'EDSCM, le QACP, le FWC-58 et le MentS.

**Tableau 11**

*Items critiques du QACP*

- 
1. Il m'arrive de faire des modifications importantes aux buts et aux tâches de la thérapie sans m'assurer du renouvellement du consentement libre et éclairé
  6. Il m'arrive de chercher à séduire mes clients
  9. Il m'arrive de demander des conseils à mes clients (p. ex., financiers)
  12. Il m'arrive de communiquer mes hypothèses diagnostiques à mes clients sans qu'elles soient suffisamment appuyées
  16. Il m'arrive d'accepter des références pour des suivis psychologiques provenant du réseau social ou familial de mes clients
  18. Il m'arrive d'offrir un cadeau de plus de 30 \$ à mes clients
  24. Il m'arrive de transmettre des informations confidentielles sans avoir obtenu un accord préalable
  27. Il m'arrive de modifier les honoraires en cours de thérapie (p. ex., sans en aviser le client)
  30. Il m'arrive de briser la confidentialité qui me lie à mes clients sans avoir été tenu de le faire par la Loi (p. ex., conversations informelles entre collègues)
  31. Il m'arrive de dispenser une séance gratuitement à mes clients en échange de services rendus de leur part (p. ex., entretien ménager, secrétariat, garde d'enfants)
  32. Il m'arrive d'accepter un cadeau de plus de 30 \$ de la part de mes clients
  37. Il m'arrive de dispenser une séance dans le cadre d'un repas partagé (p. ex., au restaurant)
  41. Il m'arrive de dispenser une séance de thérapie en-dehors de mon lieu de pratique habituelle (p. ex., chambre d'hôpital, domicile du client)
  43. Il m'arrive de répondre à des questions de mes clients concernant ma vie personnelle
  44. Il m'arrive de faire des transactions financières avec mes clients autres que le paiement des séances
  47. Il m'arrive de parler de mes problèmes personnels avec mes clients
  50. Il m'arrive de complimenter mes clients sur leur physique
-



**Tableau 11**

*Items critiques du QACP (suite)*

- 
- 58. Il m'arrive de présenter mes clients à un ou plusieurs de mes proches
  - 59. Il m'arrive de parler à mes clients de mes autres clients
  - 60. Il m'arrive de rendre visite à mes clients en dehors du contexte de la thérapie
  - 61. Il m'arrive de faire des allusions sexuelles en présence de mes clients
  - 63. Il m'arrive d'inviter mes clients à une activité sociale
  - 70. Il m'arrive de déconseiller à mes clients d'aller consulter un autre professionnel de la santé mentale
  - 73. Il m'arrive d'emprunter de l'argent à mes clients
  - 74. Il m'arrive de toucher certaines parties du corps de mes clients parmi les suivantes : cou, cuisse, fesses, seins et parties génitales
  - 76. Il m'arrive de faire des remarques irrespectueuses en présence de mes clients
  - 77. Il m'arrive de rémunérer mes clients pour un service rendu (p. ex., travaux manuels ou ménagers, tâches administratives, garde d'enfants)
  - 78. Il m'arrive d'embrasser mes clients sur les lèvres
  - 81. Il m'arrive de prendre en charge des clients que j'ai connus préalablement dans un autre contexte (p. ex., social, familial)
  - 83. Il m'arrive d'avoir une relation amicale ou amoureuse avec un proche d'un client pendant la thérapie
  - 84. Il m'arrive d'entretenir une relation d'amitié avec un ou plusieurs clients pendant la thérapie
  - 88. Il m'arrive d'entretenir une relation amoureuse avec un ou plusieurs clients pendant la thérapie
  - 90. Il m'arrive d'avoir une relation sexuelle avec un ou plusieurs clients pendant la thérapie
-

**Tableau 12**

*Corrélations bivariées de Spearman entre le score total à l'EDSCM et le QACP (items critiques et score total)*

QACP	EDSCM
12. Il m'arrive de communiquer mes hypothèses diagnostiques à mes clients sans qu'elles soient suffisamment appuyées	-0,26*
30. Il m'arrive de briser la confidentialité qui me lie à mes clients sans avoir été tenu de le faire par la Loi (p. ex., conversations informelles entre collègues)	-0,27*
43. Il m'arrive de répondre à des questions de mes clients concernant ma vie personnelle	-0,28*
Score total	-0,41**

*Note.* \*  $p \leq 0,05$ . \*\*  $p \leq 0,001$ .

***Corrélations entre le score total de l'EDSCM et le QACP (score total et items critiques)***

Le Tableau 12 montre les corrélations bivariées de Spearman entre le score total à l'EDSCM et le QACP (score total et items critiques). Elles comportent des tailles d'effet se situant approximativement dans les registres de faible-moyenne à moyenne-élevée (Cohen & Cohen, 1983). La corrélation significative et négative entre l'EDSCM et le score total du QACP suggère que plus le nombre et la fréquence des aménagements au cadre augmente, plus les professionnels seraient malhonnêtes dans leurs réponses. De même, plus les thérapeutes divulguent des informations sur lui/elle ou sur ses client·es, moins il/elle serait de bonne foi.

**Tableau 13***Corrélations entre le score total à l'EDSCM et les facteurs du FWC-58*

FWC-58	EDSCM
Méfiant	-0,46**
Confiant	0,04
Ennuyé/Indifférent	-0,33**
Content/Admiré	-0,10
Bouleversé/triste	-0,33**
Rejeté	-0,34**

Note. \*  $p \leq 0,05$ . \*\*  $p \leq 0,001$ .

***Corrélations entre le score total de l'EDSCM et les facteurs du FWC-58***

Le Tableau 13 montre toutes les corrélations bivariées de Spearman entre le score total à l'EDSCM et les facteurs du FWC-58. Leurs tailles d'effet sont de taille moyenne (Cohen & Cohen, 1983). Les corrélations sont toutes négatives, sauf celle avec le facteur « Content ». Elles suggèrent que plus la désirabilité sociale des thérapeutes est forte, moins leurs réponses sont honnêtes s'ils/elles sont méfiant·es, ennuyé·es/indifférent·es, bouleversé·es/tristes et rejeté·es.

**Tableau 14**

*Corrélations entre le score total de l'EDSCM et le MentS (score total et par facteurs)*

	MentS	EDSCM
Autres		0,05
Motivation		0,16
Soi		-0,35**
Score total		-0,05

Note. \*\*  $p \leq 0,001$ .

*Corrélations entre le score total de l'EDSCM et le MentS (score total et par facteurs)*

Le Tableau 14 présente l'ensemble des corrélations bivariées de Spearman entre le score total à l'EDSCM et le MentS. La seule corrélation significative est négative et de taille moyenne (Cohen & Cohen, 1983). Elle suggère que plus les thérapeutes souhaiteraient être vus sous leur meilleur jour, plus leur capacité à mentaliser leurs états mentaux diminuerait.

### **Associations entre le QACP et le QSD**

Cette sous-section présente les associations statistiques entre le QACP et le QSD. Pour ce faire, des corrélations de Spearman et des ANOVA ont été effectuées.

*Corrélations entre le score total du QACP et les items du QSD*

Les corrélations bivariées de Spearman entre le score total du QACP et les items du QSD sont non significatives.

### ***Corrélations entre les items critiques du QACP et les items du QSD***

Le Tableau 15 présente les corrélations bivariées de Spearman significatives et les tendances statistiques entre les items critiques du QACP et le QSD. La très grande majorité des corrélations comportent une taille d'effet faible à moyenne (Cohen & Cohen, 1983). Plus les thérapeutes vieillissent et gagnent en expérience, plus ils/elles seraient à risque de mettre en place des aménagements problématiques. La tendance statistique entre les années d'expérience et les visites aux client·es en dehors du contexte psychothérapeutique suggère que l'expérience pourrait aussi être un facteur de protection. Plus les thérapeutes maîtrisent la notion de contre-transfert sur le plan théorique, moins ils/elles briseraient la confidentialité sans le consentement de leurs client·es de manière non sollicitée. Plus le nombre d'heures mensuelles allouées à la supervision augmente, moins le thérapeute aurait tendance à transmettre ses hypothèses diagnostiques hâtivement, à briser la confidentialité et à être familier. Les thérapeutes qui entretiennent une relation amicale ou amoureuse avec un proche d'un client pendant la thérapie auraient tendance à recevoir de l'aide de leurs superviseur·es pour identifier les enjeux cliniques dans leur gestion du cadre. Il s'agit toutefois d'une tendance statistique ( $p = 0,05$ ). Finalement, plus les thérapeutes répondraient aux questions de leurs client·es sur leur vie personnelle, plus leurs superviseur·es se permettraient de leur partager leurs opinions contraires. Il en irait de même lorsque les thérapeutes complimenteraient leurs client·es sur leur physique.

**Tableau 15**

*Corrélations de Spearman entre les items critiques QACP et les items du QSD*

QACP (Il m'arrive...)	QSD					
	Âge des thérapeutes	Années d'expérience des thérapeutes	Niveau de familiarité avec le contre- transfert	Nombre d'heures moyen de supervision reçue dans un mois typique	Superviseur·e aide à identifier les enjeux cliniques pouvant affecter la gestion du cadre	Superviseur·e donne son avis même s'il est divergent
9. [...] de demander des conseils à mes clients (p. ex., financiers)	0,19*					
12. [...] de communiquer mes hypothèses diagnostiques à mes clients sans qu'elles soient suffisamment appuyées				-0,21*		
16. [...] d'accepter des références pour des suivis psychologiques provenant du réseau social ou familial de mes clients	0,26*	0,19*				
24. [...] de transmettre des informations confidentielles sans avoir obtenu un accord préalable			-0,18*			

**Tableau 15**

*Corrélations de Spearman entre les items critiques QACP et les items du QSD (suite)*

QACP (Il m'arrive...)	QSD					
	Âge des thérapeutes	Années d'expérience des thérapeutes	Niveau de familiarité avec le contre- transfert	Nombre d'heures moyen de supervision reçue dans un mois typique	Superviseur·e aide à identifier les enjeux cliniques pouvant affecter la gestion du cadre	Superviseur·e donne son avis même s'il est divergent
41. [...] de dispenser une séance de thérapie en- dehors de mon lieu de pratique habituelle (p. ex., chambre d'hôpital, domicile du client)	0,24*	0,27*		-0,17 <sup>†</sup>		
43. [...] de répondre à des questions de mes clients concernant ma vie personnelle				-0,17 <sup>†</sup>		0,24*
47. [...] de parler de mes problèmes personnels avec mes clients	0,17 <sup>†</sup>					
50. [...] de complimenter mes clients sur leur physique	0,19*	0,20*		-0,20*		0,22*
59. [...] de parler à mes clients de mes autres clients	0,24*	0,18 <sup>†</sup>		-0,23*		

**Tableau 15**

*Corrélations de Spearman entre les items critiques QACP et les items du QSD (suite)*

QACP (Il m'arrive...)	QSD					
	Âge des thérapeutes	Années d'expérience des thérapeutes	Niveau de familiarité avec le contre- transfert	Nombre d'heures moyen de supervision reçue dans un mois typique	Superviseur·e aide à identifier les enjeux cliniques pouvant affecter la gestion du cadre	Superviseur·e donne son avis même s'il est divergent
60. [...] de rendre visite à mes clients en dehors du contexte de la thérapie		-0,17 <sup>†</sup>				
76. [...] de faire des remarques irrespectueuses en présence de mes clients		0,18 <sup>†</sup>				
81. [...] de prendre en charge des clients que j'ai connus préalablement dans un autre contexte (p. ex., social, familial)		0,17 <sup>†</sup>				
83. [...] d'avoir une relation amicale ou amoureuse avec un proche d'un client pendant la thérapie					0,18 <sup>†</sup>	



**Tableau 15**

*Corrélations de Spearman entre les items critiques QACP et les items du QSD (suite)*

QACP (Il m'arrive...)	QSD					
	Âge des thérapeutes	Années d'expérience des thérapeutes	Niveau de familiarité avec le contre- transfert	Nombre d'heures moyen de supervision reçue dans un mois typique	Superviseur·e aide à identifier les enjeux cliniques pouvant affecter la gestion du cadre	Superviseur·e donne son avis même s'il est divergent
84. [...] d'entretenir une relation d'amitié avec un ou plusieurs clients pendant la thérapie	0,19*					

*Note.* \*  $p \leq 0,05$ . † = tendance statistique ( $0,05 > p < 0,08$ ).

***ANOVA entre les items critiques du QACP et les items du QSD***

Le Tableau 16 montre les effets omnibus  $F'$  significatifs entre les items critiques du QACP et les items du QSD. Il comporte deux variables composites. La première, identifiée par « Profession (recatégorisée) », consiste en un regroupement en moins de catégories des titres professionnels des thérapeutes (variable « Profession »). Elle se décline comme suit : (1) Psychologue; (2) Travailleur·se social·e; (3) Sexologue; (4) Étudiant·e; (5) Profession autre; et (6) Plus qu'un titre professionnel. La seconde, « Nature de la relation de supervision du. de la répondant·e (recatégorisée) » distingue les supervisions obligatoires (toutes raisons confondues) de celles qui sont volontaires. Elle comprend les catégories suivantes : (1) Obligatoire (toutes raisons confondues); (2) Volontaire (p. ex., perfectionnement professionnel, dossiers complexes); et (3) Non applicable. Ces deux variables composites seront utilisées lors des tests post-hoc.

**Tableau 16**

*Effets omnibus  $F'$  entre les items critiques du QACP et les items du QSD*

QACP (Il m'arrive...)	QSD						Réception d'aide en lien avec les difficultés
	Statut marital	Profession (recatégorisée)	Milieu de pratique	Lieu de pratique	Nature de la supervision	Nature de la supervision (recatégorisée)	
1. [...] de faire des modifications importantes aux buts et aux tâches de la thérapie sans m'assurer du renouvellement du consentement libre et éclairé							$F'(2; 29,734) = 4,689$ , $p = 0,02^*$
12. [...] de communiquer mes hypothèses diagnostiques à mes clients sans qu'elles soient suffisamment appuyées		$F'(5; 13,095) = 2,832$ , $p = 0,06^\dagger$			$F'(3; 16,151) = 5,042$ , $p = 0,01^*$		
30. [...] de briser la confidentialité qui me lie à mes clients sans avoir été tenu de le faire par la Loi (p. ex., conversations informelles entre collègues)					$F'(3; 30,546) = 3,031$ , $p = 0,04^*$		$F'(2; 17,823) = 3,533$ , $p = 0,05^\dagger$

**Tableau 16**

*Effets omnibus  $F'$  entre les items critiques du QACP et les items du QSD (suite)*

		QSD					Réception d'aide en lien avec les difficultés
QACP (Il m'arrive...)	Statut marital	Profession (recatégorisée)	Milieu de pratique	Lieu de pratique	Nature de la supervision	Nature de la supervision (recatégorisée)	
43. [...] de répondre à des questions de mes clients concernant ma vie personnelle	$F'(5; 9,881) = 4,212, p = 0,03^*$	$F'(5; 15,188) = 3,758, p = 0,02^*$	$F'(7; 11,344) = 7,041, p = 0,002^*$	$F'(2; 15,533) = 3,463, p = 0,06^\dagger$			
50. [...] de complimenter mes clients sur leur physique				$F'(2; 23,684) = 11,489, p < 0,001^{**}$			
59. [...] de parler à mes clients de mes autres clients					$F'(3; 16,484) = 3,357, p = 0,04^*$	$F'(2; 39,027) = 4,494, p = 0,02^*$	
70. [...] de déconseiller à mes clients d'aller consulter un autre professionnel de la santé mentale						$F'(2; 53,460) = 3,387, p = 0,04^*$	

Note.  $^*p \leq 0,05$ .  $^{**}p \leq 0,001$ .  $^\dagger =$  tendance statistique ( $0,05 > p > 0,08$ ).

Les Tableaux 17 à 22 montrent que la tendance à répondre aux questions personnelles des client·es (item 43) serait associée à plusieurs caractéristiques sociodémographiques des thérapeutes. Il s'agit du statut marital ( $F'[5; 9,88] = 4,21, p = 0,03$ ), de la profession (recatégorisée;  $F'[5; 15,19] = 3,76, p = 0,02$ ), du milieu ( $F'[7; 11,34] = 7,04, p = 0,002$ ) et du lieu de pratique ( $F'[2; 23,68] = 11,49, p < 0,001$ ).

Les thérapeutes célibataires ( $M = 3,94; \acute{E}T = 2,16$ ) et marié·es ( $M = 3,58; \acute{E}T = 1,75$ ) répondraient significativement plus aux questions de leurs client·es sur leur vie personnelle que leurs collègues veuf·ves ( $M = 1,67; \acute{E}T = 0,58; p = 0,03$ ). Il n'y aurait toutefois pas de différences significatives entre les thérapeutes célibataires et marié·es ni entre les autres statuts maritaux. Une tendance statistique est toutefois observée entre les thérapeutes en couple ( $M = 3,46; \acute{E}T = 1,76$ ) et les thérapeutes veuf·ves ( $p = 0,06$ ).

Les thérapeutes portant plus d'un titre à la fois ( $M = 4,60; \acute{E}T = 1,08$ ) auraient significativement plus tendance à répondre aux questions personnelles de leurs client·es que leurs collègues travailleur·se social·e ( $M = 2,67; \acute{E}T = 0,58; p = 0,04$ ) ou étudiant·es ( $M = 2,91; \acute{E}T = 1,77; p = 0,03$ ). Les autres comparaisons sont toutes non significatives.

**Tableau 17**

*Comparaison de moyennes post-hoc pour le statut marital des thérapeutes*

QACP (Il m'arrive...)	Célibataire		En couple		Marié·e		Séparé·e		Divorcé·e		Veuf·ve		<i>F'</i> (5; 9,88)
	<i>M</i>	<i>ÉT</i>	<i>M</i>	<i>ÉT</i>	<i>M</i>	<i>ÉT</i>	<i>M</i>	<i>ÉT</i>	<i>M</i>	<i>ÉT</i>	<i>M</i>	<i>ÉT</i>	
43. [...] de répondre à des questions de mes clients concernant ma vie personnelle	3,94 <sup>a</sup>	2,16	3,46	1,76	3,58 <sup>b</sup>	1,75	2,67	1,16	2,50	1,92	1,67 <sup>ab</sup>	0,58	4,21 <sup>*</sup>

*Note.* Les moyennes qui ne partagent pas la même lettre en indice supérieur sont significativement différentes au test de Games-Howell ( $p < 0,05$ ).

<sup>\*</sup> $p < 0,05$ .

**Tableau 18**

*Comparaison de moyennes post-hoc pour la profession des thérapeutes (recatégorisée)*

QACP (Il m'arrive...)	Plus qu'un titre professionnel		Trav. soc.		Étud.		Psych.		Sexo.		Profession autre		<i>F'</i> (5; 15,19)
	<i>M</i>	<i>ÉT</i>	<i>M</i>	<i>ÉT</i>	<i>M</i>	<i>ÉT</i>	<i>M</i>	<i>ÉT</i>	<i>M</i>	<i>ÉT</i>	<i>M</i>	<i>ÉT</i>	
43. [...] de répondre à des questions de mes clients concernant ma vie personnelle	4,60 <sup>ab</sup>	1,08	2,67 <sup>a</sup>	0,58	2,91 <sup>b</sup>	1,77	3,66	1,85	3,00	1,81	2,40	1,95	3,76 <sup>*</sup>

*Note.* Les moyennes qui ne partagent pas la même lettre en indice supérieur sont significativement différentes au test de Games-Howell ( $p < 0,05$ ).

Trav. soc. = Travailleur·se social·e; Étud. = Étudiant·e; Psych. = Psychologue; Sexo. = Sexologue.

\*  $p < 0,05$ .

**Tableau 19**

*Comparaisons de moyennes post-hoc pour le milieu de pratique des thérapeutes*

QACP (Il m'arrive...)	Pratique privée : maison		Pratique privée : milieu non partagé		Pratique privée : milieu partagé		CISSS/ CIUSSS		Plusieurs milieux de pratique		<i>F'</i> (7; 11,34)
	<i>M</i>	<i>ÉT</i>	<i>M</i>	<i>ÉT</i>	<i>M</i>	<i>ÉT</i>	<i>M</i>	<i>ÉT</i>	<i>M</i>	<i>ÉT</i>	
43. [...] de répondre à des questions de mes clients concernant ma vie personnelle	1,25 <sup>abcd</sup>	0,50	3,44 <sup>b</sup>	2,18	3,70 <sup>c</sup>	1,76	3,00 <sup>a</sup>	1,25	4,04 <sup>d</sup>	1,74	7,04 <sup>**</sup>

*Note.* Les moyennes qui ne partagent pas la même lettre en indice supérieur sont significativement différentes au test de Games-Howell ( $p < 0,05$ ).

<sup>\*\*</sup>  $p < 0,01$ .



**Tableau 20**

*Comparaison de moyennes post-hoc pour le lieu de pratique des thérapeutes*

QACP (Il m'arrive...)	Urbain et rural		Urbain (aggl. urbaines et banlieues)		Rural		<i>F'</i> (2; 23,68)
	<i>M</i>	<i>ÉT</i>	<i>M</i>	<i>ÉT</i>	<i>M</i>	<i>ÉT</i>	
50. [...] de complimenter mes clients sur leur physique	1,44 <sup>ab</sup>	0,33	1,77 <sup>a</sup>	1,34	3,17 <sup>b</sup>	2,00	11,49 <sup>***</sup>

*Note.* Les moyennes qui ne partagent pas la même lettre en indice supérieur sont significativement différentes au test de Games-Howell ( $p < 0,05$ ).

aggl. = agglomérations.

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

**Tableau 21**

*Comparaison de moyennes post-hoc pour la nature de la relation de supervision des thérapeutes*

QACP (Il m'arrive...)	Volontaire		Obligatoire dans le contexte d'une formation universitaire		Obligatoire dans le cadre d'une sanction professionnelle		Non applicable		F'
	M	ÉT	M	ÉT	M	ÉT	M	ÉT	
12. [...] de communiquer mes hypothèses diagnostiques à mes clients sans qu'elles soient suffisamment appuyées	1,78 <sup>a</sup>	1,32	1,12 <sup>a</sup>	0,43	2,40	1,95	1,44	1,15	(3; 16,15) = 5,04 <sup>**</sup>
30. [...] de briser la confidentialité qui me lie à mes clients sans avoir été tenu de le faire par la Loi (p. ex., conversations informelles entre collègues)	1,99	1,91	1,85	1,89	1,20	0,45	2,39	2,28	(3; 30,55) = 3,03 <sup>*</sup>
59. [...] de parler à mes clients de mes autres clients	1,52 <sup>b</sup>	1,43	1,04 <sup>b</sup>	0,20	1,20	0,45	1,50	1,15	(3; 16,484) = 3,36 <sup>*</sup>

*Note.* Les moyennes qui partagent la même lettre en indice supérieur sont significativement différentes au test de Games-Howell ( $p < 0,05$ ).

<sup>\*</sup>  $p < 0,05$ . <sup>\*\*</sup>  $p = 0,01$ .

**Tableau 22**

*Comparaison de moyennes post-hoc pour la nature de la relation de supervision des thérapeutes (recatégorisée)*

QACP (Il m'arrive...)	Volontaire		Obligatoire (toutes raisons confondues)		<i>F'</i>
	<i>M</i>	<i>ÉT</i>	<i>M</i>	<i>ÉT</i>	
59. [...] de parler à mes clients de mes autres clients	1,52 <sup>a</sup>	1,43	1,06 <sup>a</sup>	0,25	(2; 39,03) = 4,49*
70. [...] de déconseiller à mes clients d'aller consulter un autre professionnel de la santé mentale	1,29 <sup>b</sup>	0,80	1,03 <sup>b</sup>	0,18	(2; 53,46) = 3,39*

*Note.* Les moyennes qui partagent la même lettre en indice supérieur sont significativement différentes au test de Games-Howell ( $p < 0,05$ ).

\*  $p < 0,05$ .

Contrairement aux attentes, les professionnel·les qui exercent exclusivement à la maison ( $M = 1,25$ ;  $ÉT = 0,50$ ) auraient significativement moins tendance à répondre aux questions de leurs client·es sur leur vie personnelle que leurs collègues qui exercent dans plus d'un milieu à la fois ( $M = 4,04$ ;  $ÉT = 1,74$ ;  $p < 0,001$ ). Un constat similaire se pose entre les thérapeutes qui exercent seulement à domicile et ceux qui exercent exclusivement en CISSS/CIUSSS ( $M = 3,00$ ;  $ÉT = 1,25$ ;  $p = 0,01$ ), en milieu privé partagé ( $M = 3,70$ ;  $ÉT = 1,76$ ;  $p < 0,001$ ) ou en milieu non partagé ( $M = 3,44$ ;  $ÉT = 2,18$ ;  $p = 0,02$ ).

Les thérapeutes qui exercent en contexte rural ( $M = 3,17$ ;  $ÉT = 2,00$ ) complimenteraient davantage le physique de leur client·es que leurs collègues qui alternent entre des lieux de pratique urbain et rural ( $M = 1,440$ ;  $ÉT = 0,33$ ;  $p = 0,01$ ). Contrairement aux attentes, ce même comportement serait légèrement plus fréquent chez les thérapeutes exerçant exclusivement dans un contexte urbain ( $M = 1,77$ ;  $ÉT = 1,34$ ) que chez les thérapeutes travaillant à la fois en ville et à la campagne ( $p < 0,001$ ).

Les tests post-hoc de Games-Howell effectués soulignent l'importance de la supervision pour la protection du public (voir Tableaux 21 et 22). La supervision serait associée à la diminution de la transmission hâtive d'hypothèses diagnostiques aux client·es (item 12;  $F'[3; 16,15] = 5,04$ ,  $p = 0,01$ ). La supervision serait liée à une diminution des bris de confidentialité lors de discussions informelles entre collègues (item 30;  $F'[3; 30,55] = 3,03$ ,  $p = 0,04$ ) ou en séance (item 59,  $F'[3; 16,48] = 3,36$ ,  $p = 0,04$ ).

Les thérapeutes qui sont supervisé·es obligatoirement dans leur formation universitaire ( $M = 1,12$ ;  $ÉT = 0,43$ ) auraient significativement moins tendance à communiquer des hypothèses diagnostiques de manière hâtive à leurs client·es que les thérapeutes qui sont supervisé·es volontairement ( $M = 1,78$ ;  $ÉT = 1,32$ ;  $p = 0,001$ ). Ces mêmes étudiants auraient significativement moins tendance à parler de leurs client·es à leurs autres client·es ( $M = 1,04$ ,  $ÉT = 0,20$ ) que les thérapeutes ayant choisi d'être supervisé·es ( $M = 1,52$ ;  $ÉT = 1,43$ ;  $p = 0,03$ ).

Ce constat entre les étudiant·es ( $M = 1,06$ ;  $ÉT = 0,25$ ) et les professionnel·les supervisé·es sur une base volontaire ( $M = 1,52$ ;  $ÉT = 1,43$ ) demeure significatif même lorsqu'on regroupe toutes les conditions de supervision obligatoire ( $F^*[2; 39,03] = 4,49$ ;  $p = 0,03$ ). De même, tous les thérapeutes supervisé·es sur une base obligatoire (toutes raisons confondues;  $M = 1,03$ ;  $ÉT = 0,18$ ) auraient significativement moins tendance à déconseiller leurs client·es à consulter un/une autre professionnel·le de la santé mentale que leurs collègues supervisé·es de leur propre gré ( $M = 1,29$ ;  $ÉT = 0,80$ ;  $F^*[2; 53,46] = 3,39$ ;  $p = 0,03$ ). De plus, les thérapeutes qui sont supervisé·es obligatoirement dans le cadre d'une sanction professionnelle ( $M = 1,20$ ;  $ÉT = 0,45$ ) éviteraient davantage de briser la confidentialité en dehors des circonstances prévues par la Loi que leurs collègues supervisé·es volontairement ( $M = 1,99$ ;  $ÉT = 1,91$ ). Il s'agit toutefois d'une tendance statistique ( $p = 0,07$ ).

**Associations entre le QACP et le FWC-58**

Dans le cas de la présente recherche, la version francophone du FWC-58 servira à décrire la validité critériée concomitante du QACP.

***Corrélations entre le score total du QACP et scores par facteurs du FWC-58***

Le Tableau 23 expose les corrélations bivariées de Spearman entre le score total du QACP ainsi qu'avec les réactions affectives de méfiance, d'ennui/indifférence, de bouleversement/tristesse et de rejet. Il suggère que les thérapeutes éprouvent un contre-transfert à valence « négative » avec leurs client·es, plus ils/elles augmenteraient le nombre et la fréquence des aménagements au cadre dans sa pratique.

**Tableau 23***Corrélations entre le score total au QACP et les scores par facteurs du FWC-58*

	FWC-58	QACP
Méfiant		0,38**
Confiant		-0,01
Ennuyé/Indifférent		0,31*
Content/Admiré		0,14
Bouleversé/triste		0,43**
Rejeté		0,32*

*Note.* \*  $p \leq 0,05$ . \*\*  $p \leq 0,001$ .

***Corrélations entre les items critiques du QACP et scores par facteur du FWC-58***

Le Tableau 24 présente les corrélations significatives et les tendances statistiques entre les items critiques du QACP et les facteurs du FWC-58. Il montre des corrélations faibles à presque moyennes entre les items critiques du QACP et les divers indices du FWC-58 (Cohen & Cohen, 1983). La communication hâtive d'hypothèses diagnostiques serait positivement associée à des réactions affectives plus prononcées de méfiance, d'ennui/d'indifférence et de rejet des thérapeutes face à leur clientèle. De même, plus les thérapeutes se sentiraient méfiant·es ou bouleversé·es/tristes, moins ils/elles auraient tendance à accepter des références pour des suivis provenant des proches de leurs client·es.

**Tableau 24**

*Corrélations de Spearman entre les items critiques du QACP et les scores par facteurs du FWC-58*

QACP (Il m'arrive...)	FWC-58					
	Méfiant	Confiant	Ennuyé/ Indifférent	Content/ Admiré	Bouleversé/ Triste	Rejeté
12. [...] de communiquer mes hypothèses diagnostiques à mes clients sans qu'elles soient suffisamment appuyées	0,19 <sup>†</sup>		0,21 <sup>*</sup>			0,18 <sup>†</sup>
16. [...] d'accepter des références pour des suivis psychologiques provenant du réseau social ou familial de mes clients	-0,24 <sup>*</sup>				-0,19 <sup>†</sup>	
30. [...] de briser la confidentialité qui me lie à mes clients sans avoir été tenu de le faire par la Loi (p. ex., conversations informelles entre collègues)	0,23 <sup>*</sup>				0,21 <sup>*</sup>	0,27 <sup>*</sup>
37. [...] de dispenser une séance dans le cadre d'un repas partagé (p. ex., au restaurant)			0,21 <sup>*</sup>	0,18 <sup>†</sup>	0,18 <sup>†</sup>	0,21 <sup>*</sup>
41. [...] de dispenser une séance de thérapie en-dehors de mon lieu de pratique habituelle (p. ex., chambre d'hôpital, domicile du client)		0,19 <sup>*</sup>		0,25 <sup>*</sup>		
47. [...] de parler de mes problèmes personnels avec mes clients				0,21 <sup>*</sup>		

*Note.* \*  $p \leq 0,05$ . \*\*  $p \leq 0,001$ . <sup>†</sup> = tendance statistique ( $0,05 > p < 0,08$ ).



Les bris de confidentialité commis par les thérapeutes auraient tendance à survenir lorsqu'ils/elles se sentent méfiant·es, bouleversé·es/tristes ou rejeté·es. Les séances dans le cadre d'un repas partagé auraient tendance à survenir lorsque les thérapeutes se sentent ennuyé·es/indifférent·es, content·es/admiré·es, bouleversé·es/tristes ou rejeté·es. Dans le même ordre d'idées, les thérapeutes auraient davantage tendance à aller de l'avant avec une séance en dehors de leur lieu de pratique habituel lorsqu'ils/elles sentent confiant·es ou content·es/admiré·es. Finalement, les thérapeutes auraient tendance à parler de leurs problèmes personnels à leurs client·es lorsqu'ils/elles se sentent content·es/admiré·es.

### **Associations entre le QACP et le MentS**

Les résultats obtenus serviront à documenter la validité critériée concomitante du QACP.

### ***Corrélations entre le score total du QACP et score total et par facteur du MentS***

Aucune relation statistiquement significative ou de tendance statistique n'ont été observées.

### ***Corrélations entre les items critiques du QACP et score total et par facteur du MentS***

Le Tableau 25 montre les corrélations significatives et les tendances statistiques entre les items critiques du QACP et les divers indices du MentS. Les relations observées sont de taille faible à moyenne (Cohen & Cohen, 1983). La tendance des thérapeutes à accepter des références pour des suivis provenant de l'entourage de leurs client·es serait associée

à une meilleure capacité à mentaliser les états mentaux des autres. Les thérapeutes qui posent des gestes séducteurs ou qui font des remarques irrespectueuses envers leurs client·es seraient plus motivé·es à mentaliser. Toutefois, plus ils/elles ont tendance à accepter un cadeau de moins de 30 \$, moins ils/elles seraient motivé·es à mentaliser. Aucune relation statistiquement significative ni de tendance statistique n'ont été observées entre les items critiques du QACP et la sous-échelle de mentalisation de ses propres états mentaux (MentS-S). Finalement, plus les thérapeutes ont tendance à briser la confidentialité et à déconseiller leurs client·es d'aller consulter, mieux ils mentaliseraient. Le fait de complimenter leurs client·es sur leur physique serait associé à un score plus faible au MentS.

**Tableau 25**

*Corrélations de Spearman entre les items critiques du QACP et le MentS*

QACP (Il m'arrive...)	MentS			Score total
	MentS-A	MentS-S	MentS-M	
16. [...] d'accepter des références pour des suivis psychologiques provenant du réseau social ou familial de mes clients	0,18 <sup>†</sup>			
30. [...] de briser la confidentialité qui me lie à mes clients sans avoir été tenu de le faire par la Loi (p. ex., conversations informelles entre collègues)				0,21 <sup>*</sup>
32. [...] d'accepter un cadeau de plus de 30 \$ de la part de mes clients			-0,23 <sup>*</sup>	
50. [...] de complimenter mes clients sur leur physique				-0,22 <sup>*</sup>
59. [...] de parler à mes clients de mes autres clients			-0,19 <sup>†</sup>	
69. [...] de poser des gestes séducteurs auprès de mes clients			0,19 <sup>†</sup>	
70. [...] de déconseiller à mes clients d'aller consulter un autre professionnel de la santé mentale				0,22 <sup>*</sup>
76. [...] de faire des remarques irrespectueuses en présence de mes clients			0,19 <sup>†</sup>	

*Note.* \*  $p \leq 0,05$ . \*\*  $p \leq 0,001$ . <sup>†</sup>= tendance statistique ( $0,05 > p < 0,08$ ).

MentS-A = Mentalisation des états mentaux des autres; MentS-S = Mentalisation de ses propres états mentaux; MentS-M = Motivation à mentaliser.

## **Discussion**

La présente étude a été consacrée à la validation d'un instrument exhaustif sur les aménagements au cadre thérapeutique en termes de types (assouplissements, transgressions et violations) et d'intensité.

Le premier objectif a consisté en la révision des items du QACP. Pour ce faire, les items initiaux ont été reformulés pour améliorer leur lisibilité. Des nouveaux items ont été créés (p. ex., sur la télépsychologie), contribuant à l'amélioration de la couverture conceptuelle du QACP. Plus de la moitié des items de la solution factorielle retenue (17 sur 26) sont des items modifiés ou nouvellement créés dans cette étude.

Le deuxième objectif a impliqué de documenter la fréquence des divers types d'aménagements au cadre psychothérapeutique. Les résultats montrent que les assouplissements sont particulièrement répandus dans la pratique des thérapeutes. Par exemple, près des trois quarts des thérapeutes ont déclaré qu'ils/elles prolongent la séance lorsque leurs client·es arrivent en retard (item 21; 76,2 % pourcentage valide). La prédominance des assouplissements appuie la pertinence de sa mesure dans le QACP.

La plupart des violations du cadre sont regroupées dans la sous-échelle d'items critiques du QACP. Les résultats indiquent que les violations sont rares, ce qui est cohérent

avec la littérature. Par exemple, au sein du QACP, le pourcentage valide de thérapeutes ayant eu une relation sexuelle ou amicale avec un/une client·e pendant le suivi psychothérapeutique est presque nul (0 % et 1,7 % valide respectivement). Une fois le suivi terminé, le pourcentage valide de relations amicales augmente à 4,2 %, tandis que celui des relations sexuelles reste stable. Ces résultats sont partiellement cohérents avec la littérature des cinquante dernières années qui tend à montrer que les relations sexuelles, amicales ou d'affaires avec des client·es seraient plus fréquentes après le suivi que pendant (p. ex., Borys & Pope, 1989; Gartrell et al., 1986; Holroyd & Brodsky, 1977; Hutchinson, 1990; Lamb & Catanzaro, 1998; Pope et al., 1987; Vesentini et al., 2022).

La comparaison de la fréquence des autres items critiques avec la littérature est plus ardue. D'un questionnaire à l'autre, le taux d'endossement varie. Par exemple, 21,70 % (pourcentage valide) des thérapeutes de l'étude ont indiqué qu'ils/elles acceptent des références pour des suivis psychologiques provenant du réseau social ou familial de leurs client·es. Dans la littérature, le taux d'endossement pour un item similaire varie de 5,40 à 83,80 % (Borys & Pope, 1989; Epstein et al., 1992; Hines et al., 1998; Moles et al., 2016). Ces variations pourraient s'expliquer par des différences entre les échantillons.

La solution factorielle finale compte sept facteurs. Ils ont été nommés « Modifications des modalités », « Surimplication émotionnelle », « Durée », « Familiarité », « Évitement des inconforts », « Confusion des frontières relationnelles » et « Négligence ». Ces facteurs montrent l'éventail des types d'aménagements au cadre possibles en

psychothérapie. La solution factorielle obtenue explique 45,37 % de la variance des aménagements au cadre en psychothérapie. Ce résultat se rapproche davantage de la variance expliquée de la première étude pilote du QACP (47,23 %) que de la deuxième (64,75 %). Les similarités entre l'échantillon actuel et celui de la première étude pilote pourraient expliquer ces résultats. Cela dit, la deuxième étude pilote a été réalisée auprès d'un échantillon plus petit ( $N = 30$ ), ce qui pourrait avoir affecté la puissance des analyses.

La solution factorielle réplique partiellement les solutions des deux études pilotes antérieures. Tout d'abord, le nombre de facteurs est relativement similaire : six pour les deux premières versions et sept pour la version actuelle. Bien que le nom des facteurs change légèrement d'une version à l'autre, les construits sous-jacents restent relativement les mêmes, à quelques différences près. En effet, les thèmes de la posture relationnelle des thérapeutes (surimpliquée par opposition à négligente) et des éléments plus formels dans la gestion du cadre (p. ex., durée, consentement) demeurent constants d'une version à l'autre. Toutefois, dans la version actuelle du QACP, des items relevant d'un même thème sont répartis entre plusieurs facteurs. C'est notamment le cas des items des facteurs de « Familiarité » et de « Confusion des frontières relationnelles ». Tous deux mesurent des aménagements informels suggérant une moins grande implication relationnelle que le facteur « Surimplication émotionnelle ». De même, plusieurs items relatifs au temps se sont associés à des facteurs autres que celui de « Durée ». Cela met en lumière le problème des items complexes qui a été présent tout au long du processus de l'AFE.

Dans un autre ordre d'idées, seulement deux corrélations interfactorielles sont significatives. Il s'agit des corrélations positives entre le facteur « Évitement des inconforts » et les facteurs de « Modification des modalités » et « Surimplication émotionnelle ». Ces résultats suggèrent que l'évitement des inconforts par les thérapeutes peut s'accompagner d'un plus grand nombre d'aménagements au cadre. Les autres corrélations interfactorielles, qui concernent pour la plupart des facteurs avec moins d'items, sont de magnitude nulle à faible et sont toutes non significatives. Comme ces dernières concernant des facteurs avec moins d'items, l'interprétation doit être faite avec prudence.

La cohérence interne du QACP demeure largement non documentée pour le moment. Les trois indices de cohérence interne (oméga de McDonald) de facteurs dégagés se situent dans un registre faible. Les deux itérations précédentes du QACP présentent aussi des facteurs avec une cohérence interne faible (alpha de Cronbach). Ces données suggèrent que le QACP mesure les aménagements au cadre de manière cohérente. Toutefois, le manque de données sur la cohérence interne du QACP actuel et l'utilisation d'un indice de cohérence interne différent invite à interpréter ces résultats avec prudence.

Les relations significatives entre les variables sociodémographiques et les items critiques du QACP contribuent à la clarification des profils de thérapeutes plus à risque d'effectuer une gestion problématique du cadre. En particulier, les résultats montrent que les thérapeutes plus âgé·es ou expérimenté·es auraient davantage tendance à agir avec



familiarité avec leurs client·es (p. ex., les complimenter sur leur physique, leur parler des autres client·es, dispenser une séance de thérapie en dehors du lieu de pratique habituel). Ces résultats reproduisent partiellement le profil de thérapeutes masculins plus âgés et plus expérimentés qui seraient plus impliqués dans des bris de cadre de nature sexuelle (p. ex., Holroyd & Brodsky, 1980; Pope et al., 1979). Toutefois, il n'y a aucune association significative entre le genre et les items critiques du QACP. Les résultats ne permettent pas de conclure si le genre masculin est aussi associé au profil évoqué dans la littérature.

Le fait de répondre aux questions personnelles des client·es est associé au statut marital et à la profession. Les thérapeutes célibataires, en couple, ou marié·es y seraient plus vulnérables que leurs collègues veuf·ves. Sans s'y limiter, on peut poser l'hypothèse de la contribution d'insatisfactions amoureuses. D'autres facteurs pourraient avoir joué un rôle. De même, les thérapeutes portant plus d'un titre professionnel seraient plus à risque de se dévoiler à la demande des client·es que les travailleur·se sociaux et les étudiant·es. On peut supposer le transfert de d'autres pratiques de gestion du cadre en psychothérapie.

Des résultats contradictoires ont été trouvés en lien avec le milieu et le lieu de pratique des thérapeutes. D'une part, contrairement aux attentes, les thérapeutes qui pratiquent exclusivement à la maison auraient significativement moins tendance à répondre aux questions de leurs client·es sur leur vie personnelle que leurs collègues œuvrant en pratique privée (partagée ou non), au CISSS/CIUSSS ou dans plusieurs milieux simultanément. On aurait pu penser qu'une pratique à domicile aurait ouvert la porte à

une plus grande perméabilité des sphères personnelles et professionnelles. Or, ce contexte de travail semble plutôt amener les thérapeutes à préserver leur vie privée. D'autre part, les thérapeutes pratiquant en contexte exclusivement rural complimenteraient plus leurs client·es sur leur physique que leurs collègues pratiquant à la fois à la campagne et en ville. Ce résultat est attendu, car la littérature suggère qu'une pratique en milieu rural ou en banlieue favoriserait la familiarité des thérapeutes avec leurs client·es (Epstein et al., 1992; Hines et al., 1998). Les résultats indiquent que les thérapeutes pratiquant à la fois à la campagne et en ville complimenteraient moins leurs client·es sur leur physique que leurs collègues en ville. Le regroupement entre la ville et la campagne dans le même choix de réponse pourrait avoir généré de la confusion chez les thérapeutes.

Les résultats précisent le rôle de la supervision dans la gestion du cadre. Ils montrent que les thérapeutes qui ont tendance à s'investir dans une relation de supervision volontaire auraient aussi tendance à communiquer hâtivement des hypothèses diagnostiques, à briser la confidentialité et à déconseiller à leurs client·es de consulter d'autres professionnels de la santé mentale. Les données indiquent aussi que les superviseur·es joueraient un rôle actif auprès de leurs supervisé·es. En effet, les superviseur·es auraient significativement plus tendance à relever des enjeux problématiques ou à partager leurs désaccords sur la gestion du cadre de leurs supervisé·es lorsque ces dernier·ères complimentent le physique de leurs client·es, répondent à des questions des client·es sur leur vie personnelle ou entretiennent une relation amicale ou amoureuse avec un/une client·e pendant la thérapie (tendance statistique). Fait intéressant, plus les thérapeutes reçoivent d'heures de supervision dans

un mois donné, moins ils/elles auraient significativement tendance à communiquer hâtivement des hypothèses diagnostiques sans qu'elles soient suffisamment appuyées et à répondre aux questions des client·es concernant leur vie personnelle. De même, plus le nombre d'heures de supervision augmente, moins les thérapeutes complimenteraient leurs client·es sur leur physique et moins ils/elles parleraient de leurs client·es à d'autres client·es. L'augmentation du nombre d'heures de supervision serait aussi associée à une diminution des séances effectuées en dehors du lieu de pratique habituel (tendance statistique). Ces résultats soulignent la fonction préventive de la supervision quant à la sécurité des client·es. Elle témoigne de l'ouverture de certain·es supervisé·es à recevoir de l'aide. Comme les résultats sur la supervision relèvent de corrélations bidirectionnelles, il n'est pas possible de statuer sur une relation de causalité quant aux bienfaits de la supervision, particulièrement pour les thérapeutes recevant de la supervision sur une base obligatoire.

Le cinquième objectif a été dédié à la documentation de la validité critériée concomitante du QACP avec le QSD, le FWC-58 et le MentS. L'EDSCM a servi de mesure de soutien à l'interprétation des résultats. Les associations entre le score total du QACP et les réactions affectives « négatives » du FWC-58 sont négatives et toutes significatives. En contrepartie, les CT « positifs » présentent un lien nul à faiblement positif et non significatif avec le score total du QACP. Ces résultats suggèrent que la fréquence des aménagements au cadre psychothérapeutique, indépendamment de leur type, serait associée à des CT négatifs. Cela signifierait donc que plus les thérapeutes se

sentiraient méfiant·es, ennuyé·es/indifférent·es, bouleversé·es/tristes et rejeté·es, moins ils/elles auraient tendance à modifier leur cadre thérapeutique. Ainsi, le score total du QACP reflèterait les états affectifs « négatifs » des thérapeutes envers leur clientèle. À titre d'hypothèse, il est possible que les thérapeutes soient mieux sensibilisés au risque d'agir leur CT négatif, ce qui les amènerait à prendre des dispositions préventives.

Les associations significatives entre les items critiques du QACP et les facteurs du FWC-58 sont de taille faible à presque moyenne. Elles montrent comment les aménagements au cadre sont fréquemment teintés d'une réaction affective des thérapeutes. Lorsqu'un item critique du QACP s'associe à plusieurs facteurs du FWC-58, il le fait en s'associant exclusivement à des facteurs à valence « négative » (p. ex., « Méfiant·e ») ou « positive » (p. ex., « Confiant·e »). Ces résultats montrent comment, au niveau de l'item, le QACP capte des nuances des CT des thérapeutes.

La totalité des corrélations entre le score total du QACP et les facteurs du MentS sont nulles à faibles, et sont non significatives. Pour le moment, l'absence de relations significatives ne permet pas de soutenir l'idée que l'adoption d'une pratique réflexive en psychothérapie peut diminuer la fréquence des aménagements au cadre dans ce même contexte. Cela est surprenant considérant que le QACP cherche à accroître la capacité d'autoévaluation des thérapeutes de leur gestion du cadre. Il est possible que les thérapeutes aient été moins ouvert·es que prévu à se prêter à l'exercice en raison de son caractère sensible.

La désirabilité sociale des thérapeutes présente plusieurs associations significatives moyennes à fortes. Elle est négativement associée au score total du QACP et avec certains items critiques de l'outil. La désirabilité sociale est aussi négativement associée aux facteurs à valence « négative » du FWC-58 ainsi qu'avec les facteurs de mentalisation générale et de ses propres états mentaux. Comme ces résultats sont associés à des gestes et à des états socialement indésirables, ils suggèrent que les réponses des thérapeutes seraient affectées par un biais de désirabilité sociale. En effet, aucune association significative n'a été relevée entre les facteurs « positifs » du FWC-58 et le QACP. L'ensemble de ces résultats souligne le caractère sensible des items du QACP et de la nécessité d'en tenir compte dans l'interprétation des résultats. Ainsi, la désirabilité sociale des thérapeutes répondant·es indique que le QACP mesure des comportements qui auraient pu passer inaperçus.

### **Implications pratiques de l'étude**

Les résultats mettent en lumière plusieurs applications pratiques du QACP. Premièrement, les étudiant·es pourraient être sensibilisé·es au phénomène de la pente glissante. Cela pourrait les aider à intégrer l'importance d'adopter une approche préventive et proactive en matière de gestion du cadre. La maîtrise théorique et pratique de ce concept tôt dans leur pratique stimulerait leur jugement clinique et leur conscience réflexive. Ces compétences contribuent à la gestion éclairée et sécuritaire du cadre en psychothérapie.

Deuxièmement, pour les thérapeutes en exercice, cette étude souligne le rôle de la supervision comme facteur de protection dans la gestion du cadre thérapeutique. La supervision semble aider les thérapeutes qui la sollicitent volontairement à se questionner sur certains aménagements au cadre plus problématiques. Ce résultat met en lumière l'importance promouvoir la supervision comme un outil de réflexion sur la gestion du cadre auprès des thérapeutes non volontaires. Elle pourrait servir d'espace pour générer des hypothèses alternatives sur les client·es, ce qui favoriserait une gestion éclairée du cadre. Plusieurs mesures pourraient être envisagées pour augmenter l'ouverture et la motivation des thérapeutes face à la supervision. Par exemple, des campagnes de sensibilisation des ordres professionnels, des incitatifs financiers et l'allocation de périodes de supervision bonifiées par l'employeur pourraient être mis en place. Les résultats montrent que plus les thérapeutes sont supervisé·es, moins ils/elles auraient tendance à mettre en place des aménagements au cadre plus problématiques. Cela suggère que même les thérapeutes diplômé·es gagneraient à investir plus d'heures dans leur supervision, particulièrement s'ils/elles sont expérimenté·es. Les résultats indiquent que l'obtention d'un espace de supervision, qu'il soit volontaire ou non, n'est pas une panacée. Les rétroactions des superviseur·es dépendent de l'honnêteté des thérapeutes sur leur gestion du cadre.

Troisièmement, les résultats suggèrent le possible rôle de l'évitement et de la désirabilité sociale dans la multiplication des aménagements plus problématiques au cadre psychothérapeutique. Ainsi, dans un contexte de supervision, les superviseur·es

pourraient être plus vigilant·es face à la tendance de leurs supervisé·es à omettre certains aménagements problématiques, particulièrement si ces derniers sont répétés. Cela pourrait être un indice de bris de cadre (Gabbard, 2005).

Quatrièmement, les résultats montrent que les aménagements au cadre, qu'ils soient bénins ou plus graves, semblent toujours s'accompagner d'indices sur le contre-transfert et les capacités de mentalisation des thérapeutes. Ces marqueurs pourraient être monitorés régulièrement de manière autonome ou en supervision.

Finalement, parce que la sous-échelle d'items critiques mesure les aménagements au cadre les plus graves, elle pourrait servir d'outil de dépistage exploratoire d'une pratique plus problématique de la psychothérapie. Elle pourrait même être utilisée par des superviseur·es préoccupé·es par la pratique de certain·es supervisé·es afin de brosser un portrait préliminaire de la situation et pour réfléchir aux mesures à prendre ensuite.

### **Forces de l'étude**

Le QACP est le premier questionnaire exhaustif sur les aménagements au cadre en psychothérapie qui s'adresse à une population francophone. Il présente une couverture conceptuelle élargie, notamment par l'ajout du concept d'assouplissements. La mesure des assouplissements offre une opportunité aux thérapeutes de prendre conscience de ces derniers avant la survenue du phénomène de la pente glissante (Zachrisson, 2014). Parce que les assouplissements sont plus bénins et ponctuels, ils sont plus faciles à discuter

ouvertement et à rectifier. Ainsi, avec la mesure des assouplissements, le QACP promeut une approche préventive de la gestion du cadre. Cela contraste avec la littérature actuelle qui se concentre surtout sur les transgressions et les violations au cadre, lesquelles surviennent habituellement lorsque la dyade thérapeutique est déjà bien engagée dans une trajectoire de pente glissante. Or, plus les aménagements au cadre sont graves, plus les possibilités de réparer les torts commis dans la relation thérapeutique se raréfient et se complexifient, ce qui expose les thérapeutes, leurs client·es et le processus thérapeutique à des conséquences plus importantes (p. ex., Gabbard, 2005; Gutheil & Gabbard, 1998). En normalisant la fréquence des assouplissements, le QACP vise à remplacer le discours trop souvent moralisateur et « catastrophisant » sur la gestion du cadre par un discours de responsabilisation bienveillante et de prévention. Il pourrait donc contribuer à la protection du public, à la préservation de la vitalité des thérapeutes et au maintien des standards en psychothérapie (Gabbard, 2016; Gutheil & Simon, 2002).

De plus, le QACP se distingue par l'accent porté sur la pratique générale des thérapeutes. Il encourage les thérapeutes à définir leur cadre personnel et à évaluer leur pratique selon cette norme. Il favorise l'identification personnalisée de toute déviation.

### **Limites méthodologiques de l'étude**

Le QACP est limité par des failles méthodologiques relatives à son manque de puissance, à son inflation de l'erreur de type I et par l'absence de mesure de la fidélité test-retest.



### **Manque de puissance**

La portée des résultats est limitée par un manque de puissance statistique. Il serait attribuable à la petite taille de l'échantillon obtenu et à l'attrition de la participation.

Malgré les efforts de recrutement considérables déployés, l'échantillon final est de 164 participant·es. Parmi ceux-ci, 104 participant·es ont répondu au dernier item du dernier questionnaire. Le taux de complétion (63,25 %) se compare aux taux de retour global des questionnaires sur les aménagements au cadre consultés dans la littérature, lesquels, pour la plupart, n'excèdent pas 50 % (p. ex., Borys & Pope, 1989; Epstein et al., 1992; Gartrell et al., 1986; Hines et al., 1998; Kendall et al., 2011; Parsons & Wincze, 1995; Pope et al., 1979, 1987; Stake & Oliver, 1991). La taille de l'échantillon ( $N = 164$ ) est inférieure à celle attendue pour avoir une puissance minimale acceptable pour obtenir une solution factorielle avec une bonne stabilité ( $N = 300$ ; Comrey & Lee, 1992; MacCallum et al., 1999). Un phénomène d'attrition léger et graduel a été constaté. Il peut s'expliquer par l'effet de fatigue de la participation ou par la sensibilité du thème de la gestion du cadre psychothérapeutique. La majorité des abandons s'est faite entre le dernier item administré du QSD et le QACP (-31 participant·es). Cette vague d'attrition pourrait avoir exacerbé les défis d'interprétabilité de la solution actuelle finale du QACP.

Le manque de puissance s'observe de nombreuses façons. Premièrement, une restriction importante de la variabilité est observée au sein de l'ensemble des items. Ils présentent une asymétrie positive prononcée, et ce, particulièrement pour les items

critiques. Plus du trois quarts de ces items (26 sur 34 items) présentent un écart-type inférieur à un. Bien qu'attendue, la restriction de la variance limite la sensibilité du QACP à détecter les aménagements. Le QACP n'est pas le seul outil à comporter cette limite. Borys et Pope (1989) ainsi qu'Hines et al. (1998) soulignent que la restriction importante de la variance des items aurait limité la capacité de discrimination de leurs outils.

Deuxièmement, le petit échantillon valide soumis à l'AFE ( $n = 84$ ) ne respecte pas les critères de taille d'échantillon requis pour mener l'analyse. Un nombre insuffisant de participant·es est associé à un risque accru de surajustement de la solution factorielle aux données et à une diminution de sa généralisabilité à d'autres échantillons (Hair et al., 2010). Le manque de participant·es a contribué à l'instabilité des solutions factorielles examinées tout au long du processus d'AFE. Par conséquent, la solution finale retenue pourrait ne pas être répliquée avec un autre échantillon. Considérant la taille d'échantillon minimale requise de 70 fois le nombre de variables pour les analyses de regroupement (*cluster analysis*), un manque de puissance aurait aussi être attendu pour ces analyses (Dolnicar et al., 2014).

Certains auteur·es se servent d'autres critères que la taille de l'échantillon pour se prononcer sur la « solidité » d'une solution factorielle. Guadagnoli et Velicer (1988) proposent qu'un facteur serait considéré comme fiable indépendamment de la taille de l'échantillon si au moins quatre de ses items comportent des saturations supérieures à 0,6. Les facteurs de la solution finale retenue s'approchent de ce critère sans toutefois

l'atteindre complètement. De même, Comrey et Lee (1992) proposent d'interpréter les saturations des items après les avoir mises au carré. D'après ce critère, cinq des sept facteurs du QACP présenteraient une saturation factorielle d'une qualité bonne à excellente. En contrepartie, les facteurs « Évitement des inconforts » et « Confusion des frontières relationnelles » auraient des saturations factorielles faibles à acceptables.

Finalement, les données relatives à la validité critériée concomitante sont aussi affectées par le manque de puissance. Comme le FWC-58 et le MentS ont été administrés à la fin de l'étude, ils ont été particulièrement touchés par l'attrition des participant·es. Cela peut expliquer la présence de résultats significatifs parfois triviaux.

### **Fidélité test-retest non documentée**

La stabilité temporelle du QACP n'a pas été évaluée dans cette étude. Elle aurait pu aider à distinguer la variance du QACP de la variance attribuable à des variables contextuelles.

### **Inflation de l'erreur de type I**

Aucune correction pour diminuer l'inflation de l'erreur de type I n'a été utilisée dans les analyses de validité critériée concomitante du QACP. Ce choix a été fait pour ne pas nuire au caractère exploratoire de l'étude étant donné son manque de puissance. Il est possible que certains résultats significatifs soient en réalité des faux positifs. Ils doivent donc être interprétés avec prudence.

### **Impossibilité d'inférer des liens causaux**

Les analyses de validité critériée concomitante du QACP reposent sur un devis corrélationnel. Comme il s'agit d'associations, il n'est pas possible d'inférer de liens causaux entre les variables propres aux thérapeutes et les aménagements au cadre.

### **Limites conceptuelles de l'étude**

Le QACP vise une population de thérapeutes désirant porter un regard critique sur leur gestion globale du cadre psychothérapeutique. Il ne s'attarde donc pas aux particularités contextuelles spécifiques pouvant influencer la gestion du cadre des thérapeutes (p. ex., en lien avec une dyade thérapeutique donnée ou avec d'évènements externes spécifiques). Par sa visée plus généraliste, il est possible que le QACP « dilue » la contribution de certains éléments contextuels dans la pratique générale des thérapeutes. Par conséquent, il est important de préciser le QACP ne doit pas être utilisé comme outil de réflexion unique. Pour limiter l'incidence des biais associés à l'autoévaluation, le QACP devrait être utilisé en complémentarité avec des stratégies « externes » aux thérapeutes (p. ex., supervision, soutien entre pairs).

La sous-échelle d'items critiques comporte deux items qui ne devraient pas être considérés invariablement comme des violations au cadre en psychothérapie. Il s'agit des items 41 et 43, soit « Il m'arrive de dispenser une séance de thérapie en-dehors de mon lieu de pratique habituelle (p. ex., chambre d'hôpital, domicile du client) » et « Il m'arrive de répondre à des questions de mes clients concernant ma vie personnelle ». Ces deux

aménagements peuvent être bénéfiques pour les client·es en fonction du contexte (p. ex., client·e est hospitalisé·e, description des qualifications professionnelles, etc.). Une réflexion quant à leur retrait éventuel gagnera à être effectuée.

## **Conclusion**

La présente étude a été dédiée à la validation du QACP, un outil qui mesure les aménagements au cadre psychothérapeutique. Le premier objectif a été consacré à la révision des items actuels du QACP et à la création de nouveaux items. Un effort de bonification conceptuelle et d'adaptation de l'outil à la télépsychologie a été mobilisé. La formulation des items a aussi été améliorée. Le deuxième objectif a impliqué la documentation de la fréquence de chaque type d'aménagement au cadre. La prédominance des assouplissements au cadre dans les résultats appuie la pertinence de la mesure de ce concept au sein d'outils psychométriques sur le cadre psychothérapeutique. La présence d'aménagements au cadre psychothérapeutique plus graves (c-à-d., les transgressions et les violations) dans les résultats met en lumière la couverture conceptuelle élargie du QACP. Les trois autres objectifs ont été dédiés à la documentation des propriétés psychométriques du QACP. La validité de construit a été évaluée via une AFE. La fidélité (cohérence interne) a été mesurée par l'oméga de McDonald (1999). La validité critériée concomitante a été documentée avec des ANOVAS et des corrélations bivariées de Spearman. Des mesures de désirabilité sociale (EDSCM), de contre-transfert (FWC-58) et de mentalisation des thérapeutes (MentS) ont été utilisées pour ce dernier objectif.

Les objectifs de l'étude sont partiellement atteints, notamment en raison d'un manque de puissance statistique important. La solution factorielle semble soutenir la pertinence du concept d'assouplissements. L'instabilité des items sur les aménagements plus

problématiques rend difficile d'évaluer s'il existe une différence entre les transgressions et les violations objectivables via les facteurs du QACP. De plus, le calcul de la cohérence interne n'a pas permis d'offrir un éclairage suffisant pour statuer sur la fidélité du QACP. Finalement, la validité critériée concomitante du QACP est partiellement soutenue étant donné la présence de résultats mitigés. Au terme de cette étude, les propriétés psychométriques du QACP demeurent exploratoires. Elles ouvrent donc la voie vers des travaux de bonification ultérieurs.

Lors de recherches futures, la priorité devrait être accordée à la constitution d'un échantillon suffisamment grand pour clarifier davantage les propriétés psychométriques du QACP. Ce gain de puissance devrait permettre d'éclaircir certains résultats mitigés de l'étude sur la solution factorielle, la cohérence interne et la validité critériée concomitante du QACP. En ajout, il pourrait être pertinent de documenter la stabilité temporelle de l'outil afin d'isoler la variance attribuable au contexte thérapeutique de celle associée aux thérapeutes. De même, si les résultats obtenus appuient une distinction psychométrique entre les types de cadre, un seuil de coupure comme l'ont fait Epstein et al. (1992) pourrait être déterminé. Cela aiderait à prédire les thérapeutes à haut risque de mettre en place des aménagements au cadre plus problématiques. Cette avancée permettrait de passer du descriptif à l'inférentiel et, ce faisant, de concrétiser la mission de prévention des aménagements au cadre problématiques du QACP.



## Références

- Abbott, J. M., Klein, B., & Ciechomski, L. (2008). Best practices in online therapy. *Journal of Technology in Human Services*, 26(2-4), 360-375. <https://doi.org/10.1080/15228830802097257>
- Abramowitz, J. S. (2006). *Understanding and treating obsessive-compulsive disorder: A cognitive behavioral approach*. Lawrence Erlbaum. <https://doi.org/10.4324/9781410615718>
- Alleman, J. R. (2002). Online counseling: The Internet and mental health treatment. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 39(2), 199-209. <https://doi.org/10.1037/0033-3204.39.2.199>
- Allen, J. G. (2001). *Traumatic relationships and serious mental disorders*. John Wiley & Sons, Ltd.
- Allen, J. G. (2005). *Coping with trauma: Hope through understanding* (2<sup>e</sup> éd.). American Psychiatric Publishing.
- Allen, J. G. (2006). Mentalizing in practice. Dans J. G. Allen & P. Fonagy (Éds), *The handbook of mentalization-based treatment* (pp. 3-30). John Wiley & Sons Inc. <https://doi.org/10.1002/9780470712986.ch1>
- Allen, J. G. (2021). Developing trust and trustworthiness. Dans J. G. Allen (Éd.), *Trusting in psychotherapy* (pp. 51-104). American Psychiatric Association Publishing.
- Allen, J. G., Fonagy, P., & Bateman, A. W. (2008). *Mentalizing in clinical practice*. American Psychiatric Publishing.
- Almond, R. (1995). The analytic role: A mediating influence in the interplay of transference and countertransference. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 43(2), 469-494. <https://doi.org/10.1177/000306519504300214>
- Appelbaum, S. A. (1973). Psychological-mindedness: Word, concept and essence. *The International Journal of Psychoanalysis*, 54(1), 35-46.
- Apperly, I. A., & Butterfill, S. A. (2009). Do humans have two systems to track beliefs and belief-like states? *Psychological Review*, 116(4), 953-970. <https://doi.org/10.1037/a0016923>

Aron, L. (1996). *A meeting of minds: Mutuality and psychoanalysis*. Analytic Press.

Bailey, T. D., & Brown, L. S. (2021). Treating clients who have been sexually abused by a therapist. Dans A. Steinberg, J. L. Alpert, & C. A. Courtois (Éds), *Sexual boundary violations in psychotherapy: Facing therapist indiscretions, transgressions, and misconduct* (pp. 319-341). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/0000247-018>

Barnett, J. E., Serafim, G., & Sharara, D. (2024). Telepsychology: Key recommendations for ethical, legal, and effective practice. *Practice Innovations*, 9(2), 105-118. <https://doi.org/10.1037/pri0000224>

Baron-Cohen, S. (1995). *Mindblindness: An essay on autism and theory of mind*. MIT Press. <https://doi.org/10.7551/mitpress/4635.001.0001>

Bartels, A., & Zeki, S. (2004). The neural correlates of maternal and romantic love. *NeuroImage*, 21(3), 1155-1166. <https://doi.org/10.1016/j.neuroimage.2003.11.003>

Bateman, A., & Fonagy, P. (2004). *Psychotherapy for borderline personality disorder*. Oxford University Press.

Bateman, A., & Fonagy, P. (2016). *Mentalization-based treatment for personality disorders: A practical guide*. Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/med:psych/9780199680375.001.0001>

Beaulieu-Pelletier, G., Bouchard, M.-A., & Philippe, F. L. (2013). Mental States Task (MST): Development, validation, and correlates of a self-report measure of mentalization. *Journal of Clinical Psychology*, 69(7), 671-695. <https://doi.org/10.1002/jclp.21942>

Beitel, M., Ferrer, E., & Cecero, J. J. (2005). Psychological mindedness and awareness of self and others. *Journal of Clinical Psychology*, 61(6), 739-750. <https://doi.org/10.1002/jclp.20095>

Bermond, B., Vorst, H. C., & Moormann, P. P. (2006). Cognitive neuropsychology of alexithymia: Implications for personality typology. *Cognitive Neuropsychiatry*, 11(3), 332-360. <https://doi.org/10.1080/13546800500368607>

- Betan, E., Heim, A. K., Conklin, C. Z., & Westen, D. (2005). Countertransference phenomena and personality pathology in clinical practice: An empirical investigation. *The American Journal of Psychiatry*, 162(5), 890-898. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.162.5.890>
- Bishop, S. R., Lau, M., Shapiro, S., Carlson, L., Anderson, N. D., Carmody, J., Segal, Z. V., Abbey, S., Speca, M., Velting, D., & Devins, G. (2004). Mindfulness: A proposed operational definition. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 11(3), 230-241. <https://doi.org/10.1093/clipsy.bph077>
- Blair, J. (2008). Empathic dysfunction in psychopathy. Dans C. Sharp, P. Fonagy, & I. Goodyer (Éds), *Social cognition and developmental psychopathology* (pp. 175-200). Oxford University Press.
- Blais, M. R., Lachance, L., & Riddle, A. (1991). *Validation de la version française de la mesure de la désirabilité sociale de Marlowe-Crowne* [Document inédit]. Université du Québec à Montréal.
- Blais-Côté, A., Champagne, S., & Laliberté, K. (2016). *Bris de cadre : influence des caractéristiques du patient et du contre-transfert* [Document inédit]. Université de Sherbrooke.
- Blatt, S. J. (2008). *Polarities of experience: Relatedness and self definition in personality development, psychopathology, and the therapeutic process*. American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/11749-000>
- Bleiberg, E. (2006). Treating professionals in crisis: A mentalization-based specialized inpatient program. Dans J. G. Allen & P. Fonagy (Éds), *The handbook of mentalization-based treatment* (pp. 233-247). John Wiley & Sons Inc. <https://doi.org/10.1002/9780470712986.ch12>
- Borys, D. S., & Pope, K. S. (1989). Dual relationships between therapist and client: A national study of psychologists, psychiatrists, and social workers. *Professional Psychology: Research and Practice*, 20(5), 283-293. <https://doi.org/10.1037/0735-7028.20.5.283>
- Bouhoutsos, J., Holroyd, J., Lerman, H., Forer, B. R., & Greenberg, M. (1983). Sexual intimacy between psychotherapists and patients. *Professional Psychology: Research and Practice*, 14(2), 185-196. <https://doi.org/10.1037/0735-7028.14.2.185>
- Boyle, C., & Gamble, N. (2014). *Ethical practice in applied psychology*. Oxford University Press.

- Brown, K. W., & Ryan, R. M. (2003). The benefits of being present: Mindfulness and its role in psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 84(4), 822-848. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.84.4.822>
- Butler, S., & Zelen, S. L. (1977). Sexual intimacies between therapists and patients. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 14(2), 139-145. <https://doi.org/10.1037/h0086521>
- Cabaniss, D. L. (2011). *Psychodynamic psychotherapy: A clinical manual*. Wiley-Blackwell.
- Cabaniss, D. L., Cherry, S., Douglas, C. J., & Schwartz, A. (2017). Setting the frame and establishing boundaries. Dans D. L. Cabaniss, S. Cherry, C. J. Douglas, & A. Schwartz (Éds), *Psychodynamic psychotherapy: A clinical manual* (2<sup>e</sup> éd., pp. 80-93). Wiley-Blackwell.
- Carpendale, J. L., & Chandler, M. J. (1996). On the distinction between false belief understanding and subscribing to an interpretive theory of mind. *Child Development*, 67(4), 1686-1706. <https://doi.org/10.2307/1131725>
- Casement, P. J. (1990). The meeting of needs in psychoanalysis. *Psychoanalytic Inquiry*, 10(3), 325-346. <https://doi.org/10.1080/07351690.1990.10399610>
- Celenza, A. (2007). *Sexual boundary violations: Therapeutic, supervisory, and academic contexts*. Jason Aronson.
- Choi-Kain, L., & Gunderson, J. (2008). Mentalization: Ontogeny, assessment, and application in the treatment of borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 165(9), 1127-1135. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2008.07081360>
- Clark, D. A., & Bowles, R. P. (2018). Model fit and item factor analysis: Overfactoring, underfactoring, and a program to guide interpretation. *Multivariate Behavioral Research*, 53(4), 1-15. <https://doi.org/10.1080/00273171.2018.1461058>
- Cohen, J., & Cohen, P. (1983). *Applied multiple regression/correlation analysis for the behavioral sciences* (2<sup>e</sup> éd.). Lawrence Erlbaum.
- Colli, A., & Ferri, M. (2015). Patient personality and therapist countertransference. *Current Opinion in Psychiatry*, 28(1), 46-56. <https://doi.org/10.1097/YCO.000000000000119>

- Comrey, A. L., & Lee, H. B. (1992). *A first course in factor analysis* (2<sup>e</sup> éd.). Lawrence Erlbaum Associates, Inc.
- Conte, H. R., Plutchik, R., Jung, B. B., Picard, S., Karasu, T. B., & Lotterman, A. (1990). Psychological mindedness as a predictor of psychotherapy outcome: A preliminary report. *Comprehensive Psychiatry*, 31(5), 426-431. [https://doi.org/10.1016/0010-440x\(90\)90027-p](https://doi.org/10.1016/0010-440x(90)90027-p)
- Conte, H. R., Plutchik, R., Picard, S., & Karasu, T. B. (1989). Ethics in the practice of psychotherapy: A survey. *American Journal of Psychotherapy*, 43(1), 32-42. <https://doi.org/10.1176/appi.psychotherapy.1989.43.1.32>
- Conte, H. R., Ratto, R., & Karasu, T. B. (1996). The psychological mindedness scale: Factor structure and relationship to outcome of psychotherapy. *Journal of Psychotherapy Practice and Research*, 5(3), 250-259.
- Cooper, S. E., Campbell, L. F., & Smucker Barnwell, S. (2019). Telepsychology: A primer for counseling psychologists. *The Counseling Psychologist*, 47(8), 1074-1114. <https://doi.org/10.1177/0011000019895276>
- Crowne, D. P., & Marlowe, D. (1960). A new scale of social desirability independent of psychopathology. *Journal of Consulting Psychology*, 24(4), 349-354. <https://doi.org/10.1037/h0047358>
- Dahl, H.-S. J., Røssberg, J. I., Bøgwald, K. P., Gabbard, G. O., & Høglend, P. A. (2012). Countertransference feelings in one year of individual therapy: An evaluation of the factor structure in the Feeling Word Checklist-58. *Psychotherapy Research*, 22(1), 12-25. <https://doi.org/10.1080/10503307.2011.622312>
- Dahl, H.-S. J., Røssberg, J. I., Crits-Christoph, P., Gabbard, G. O., Hersoug, A. G., Perry, J. C., Ulberg, R., & Høglend, P. A. (2014). Long-term effects of analysis of the patient-therapist relationship in the context of patients' personality pathology and therapists' parental feelings. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 82(3), 460-471. <https://doi.org/10.1037/a0036410>
- Dartevelle, B. (2003). La psychothérapie centrée sur la personne (approche thérapeutique de Carl Rogers). Dans M. Elkaïm (Éd.), *À quel psy se vouer* (pp. 383-416). Éditions du Seuil.
- Davidtz, J. (2008). *Psychotherapy with difficult patients: Personal narratives about managing countertransference* [Document inédit]. University of Massachusetts.
- Delourme, A., & Marc, E. (2014a). Le cadre. Dans A. Delourme & E. Marc (Éds), *Pratiquer la psychothérapie* (3<sup>e</sup> éd., pp. 64-79). Dunod.

- Delourme, A., & Marc, E. (2014b). La relation. Dans A. Delourme & E. Marc (Éds), *Pratiquer la psychothérapie* (3<sup>e</sup> éd., pp. 80-96). Dunod.
- Diamond, D., Stovall-McClough, C., Clarkin, J. F., & Levy, K. N. (2003). Patient-therapist attachment in the treatment of borderline personality disorder. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 67(3), 227-259. <https://doi.org/10.1521/bumc.67.3.227.23433>
- Dickeson, E., Roberts, R., & Smout, M. F. (2020). Predicting boundary violation propensity among mental health professionals. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 27(6), 814-825. <https://doi.org/10.1002/cpp.2465>
- Dickeson, E., & Smout, M. F. (2018). Is the wounded healer or the psychologically inflexible healer in undergraduate psychology and social work programs more empathic or willing to violate professional boundaries? *Australian Journal of Clinical Education*, 3(1), 1-13. <https://doi.org/10.53300/001c.6338>
- Dimaggio, G., & Lysaker, P. H. (2015). Metacognition and mentalizing in the psychotherapy of patients with psychosis and personality disorders. *Journal of Clinical Psychology*, 71(2), 117-124. <https://doi.org/10.1002/jclp.22147>
- Dimitrijević, A., Hanak, N., Altaras Dimitrijević, A., & Jolić Marjanović, Z. (2018). The Mentalization Scale (MentS): A self-report measure for the assessment of mentalizing capacity. *Journal of Personality Assessment*, 100(3), 268-280. <https://doi.org/10.1080/00223891.2017.1310730>
- Dolnicar, S., Grün, B., Leisch, F., & Schmidt, K. (2014). Required sample sizes for data-driven market segmentation analyses in tourism. *Journal of Travel Research*, 53(3), 296-306. <https://doi.org/10.1177/0047287513496475>
- Domes, G., Cziechnek, D., Weidler, F., Berger, C., Fast, K., & Herpertz, S. C. (2008). Recognition of facial affect in borderline personality disorder. *Journal of Personality Disorders*, 22(2), 135-147. <https://doi.org/10.1521/pedi.2008.22.2.135>
- Domes, G., Schulze, L., & Herpertz, S. C. (2009). Emotion recognition in borderline personality disorder: A review of the literature. *Journal of Personality Disorders*, 23(1), 6-19. <https://doi.org/10.1521/pedi.2009.23.1.6>
- Donaldson, L. (1994). Doctors with problems in an NHS workforce. *British Medical Journal*, 308, 1277-1182. <https://doi.org/10.1136/bmj.308.6939.1277>
- Dougall, J. L., & Schwartz, R. C. (2011). The influence of client socioeconomic status on psychotherapists' attributional biases and countertransference reactions. *American Journal of Psychotherapy*, 65(3), 249-265. <https://doi.org/10.1176/appi.psychotherapy.2011.65.3.249>

- Drum, K. B., & Littleton, H. L. (2014). Therapeutic boundaries in telepsychology: Unique issues and best practice recommendations. *Professional Psychology: Research and Practice*, 45(5), 309-315. <https://doi.org/10.1037/a0036127>
- Dunn, T. J., Baguley, T., & Brunsden, V. (2013). From alpha to omega: A practical solution to the pervasive problem of internal consistency estimation. *British Journal of Psychology*, 105(3), 399-412. <https://doi.org/10.1111/bjop.12046>
- Dyck, K. G., & Hardy, C. (2013). Enhancing access to psychologically informed mental health services in rural and northern communities. *Canadian Psychology/Psychologie Canadienne*, 54(1), 30-37. <https://doi.org/10.1037/a0031280>
- Eagle, M. N. (2003). The postmodern turn in psychoanalysis: A critique. *Psychoanalytic Psychology*, 20(3), 411-424. <https://doi.org/10.1037/0736-9735.20.3.411>
- Eissler, K. R. (1953). The effect of the structure of the ego on psychoanalytic technique. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 1(1), 104-143. <https://doi.org/10.1177/000306515300100107>
- Emde, R. N. (1984). The affective self: Continuities and transformations from infancy. Dans J. D. Call, E. Galenson, & R. L. Tyson (Éds), *Frontiers of infant psychiatry* (Vol. 2, pp. 38-54). Basic Books.
- Epstein, L., & Feiner, A. H. (1979). *Countertransference*. Aronson.
- Epstein, L., & Feiner, A. H. (1988). Countertransference: The therapist's contribution to treatment. Dans B. Wolstein (Éd.), *Essential papers on countertransference* (pp. 282-303). New York University Press.
- Epstein, R. S., & Simon, R. I. (1990). The Exploitation Index: An early warning indicator of boundary violations in psychotherapy. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 54(4), 450-465.
- Epstein, R. S., Simon, R. I., & Kay, G. G. (1992). Assessing boundary violations in psychotherapy: Survey results with the Exploitation Index. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 56(2), 150-166.
- Evans, R. G. (1979). The relationship of the Marlowe-Crowne scale and its components to defensive preferences. *Journal of Personality Assessment*, 43(4), 406-410. [https://doi.org/10.1207/s15327752jpa4304\\_13](https://doi.org/10.1207/s15327752jpa4304_13)
- Farber, B. A. (1985). The genesis, development, and implications of psychological-mindedness in psychotherapists. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 22(2), 170-177. <https://doi.org/10.1037/h0085490>



- Fenigstein, A. (1997). Self-consciousness and its relation to psychological mindedness. Dans M. McCallum & W. E. Piper (Éds), *Psychological mindedness: A contemporary understanding* (pp. 105-131). Lawrence Erlbaum Associates Publishers.
- Field, A. P. (2018). *Discovering statistics using IBM SPSS statistics* (5<sup>e</sup> éd.). Sage.
- Floyd, F. J., & Widaman, K. F. (1995). Factor analysis in the development and refinement of clinical assessment instruments. *Psychological Assessment*, 7(3), 286-299. <https://doi.org/10.1037/1040-3590.7.3.286>
- Fonagy, P., Allison, E., & Campbell, C. (2019). Mentalizing, resilience, and epistemic trust. Dans A. Bateman & P. Fonagy (Éds), *Handbook of mentalizing in mental health practice* (2<sup>e</sup> éd., pp. 63-78). American Psychiatric Association Publishing.
- Fonagy, P., Bateman, A. W., & Luyten, P. (2011). Introduction and overview. Dans A. W. Bateman & P. Fonagy (Éds), *Handbook of mentalizing in mental health practice* (pp. 3-42). American Psychiatric Publishing.
- Fonagy, P., Gergely, G., Jurist, E., & Target, M. (2002). *Affect regulation, mentalization, and the development of the self*. Other Press.
- Fonagy, P., & Luyten, P. (2009). A developmental, mentalization-based approach to the understanding and treatment of borderline personality disorder. *Development and Psychopathology*, 21(4), 1355-1381. <https://doi.org/10.1017/S0954579409990198>
- Fonagy, P., Steele, M., Steele, H., & Target, M. (1997). *Reflective-functioning manual for application to adult attachment interviews, version 4.1*. University College London.
- Fonagy, P., & Target, M. (1997a). Research on intensive psychotherapy with children and adolescents. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 6(1), 39-51. [https://doi.org/10.1016/S1056-4993\(18\)30318-3](https://doi.org/10.1016/S1056-4993(18)30318-3)
- Fonagy, P., & Target, M. (1997b). Attachment and reflective function: Their role in self organization. *Development and Psychopathology*, 9(4), 679-700. <https://doi.org/10.1017/s0954579497001399>
- Fonagy, P., & Target, M. (2000). Playing with reality: III. The persistence of dual psychic reality in borderline patients. *International Journal of Psychoanalysis*, 81(Pt 5), 853-874. <https://doi.org/10.1516/0020757001600165>
- Freud, S. (1959/1910). Future prospects of psychoanalytic psychotherapy. Dans J. Strachey (Éd.), *The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud* (Vol. 11, pp. 139-151). Hogarth Press.

- Frith, C. D. (1992). *The cognitive neuropsychology of schizophrenia*. Lawrence Erlbaum Associates, Inc.
- Furr, R. M. (2011). *Scale construction and psychometrics for social and personality psychology*. Sage Publications Ltd.
- Gabbard, G. O. (2005). Patient-therapist boundary issues. *Psychiatric Times*, 22(12), 28-33.
- Gabbard, G. O. (2016). *Boundaries and boundary violations in psychoanalysis* (2<sup>e</sup> éd.). American Psychiatric Association.
- Gabbard, G. O., Kassaw, K. A., & Perez-Garcia, G. (2011). Professional boundaries in the era of the Internet. *Academic Psychiatry*, 35, 168-174. <https://doi.org/10.1176/appi.ap.35.3.168>
- Gallagher, S. (2013). Intersubjectivity and psychopathology. Dans K. W. M. Fulford, M. Davies, R. G. T. Gipps, G. Graham, J. Z. Sadler, G. Stanghellini, & T. Thornton (Éds), *The Oxford handbook of philosophy and psychiatry* (pp. 258-274). Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/oxfordhb/9780199579563.013.0019>
- Gamble, N., Boyle, C., & Morris, Z. A. (2015). Ethical practice in telepsychology. *Australian Psychologist*, 50(4), 292-298. <https://doi.org/10.1111/ap.12133>
- Garfinkel, P. E., Bagby, R. M., Waring, E. M., & Dorian, B. (1997). Boundary violations and personality traits among psychiatrists. *Canadian Journal of Psychiatry/Revue canadienne de psychiatrie*, 42(7), 758-763. <https://doi.org/10.1177/070674379704200709>
- Garrett, T. (2010). The prevalence of boundary violations between mental health professionals and their clients. Dans F. Subotsky, S. Bewley, & M. Crowe (Éds), *Abuse of the doctor-patient relationship* (pp. 51-63). Royal College of Psychiatrists Publications.
- Garrett, T., & Davis, J. D. (1998). The prevalence of sexual contact between British clinical psychologists and their patients. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 5(4), 253-263. [https://doi.org/10.1002/\(sici\)1099-0879\(199812\)5:4<253::aid-cpp171>3.0.co;2-4](https://doi.org/10.1002/(sici)1099-0879(199812)5:4<253::aid-cpp171>3.0.co;2-4)
- Gartrell, N., Herman, J., Olarte, S., Feldstein, M., & Localio, R. (1986). Psychiatrist-patient sexual contact: Results of a national survey. I: Prevalence. *The American Journal of Psychiatry*, 143(9), 1126-1131. <https://doi.org/10.1176/ajp.143.9.1126>

- Gelso, C. J. (2004). Countertransference and its management in brief dynamic therapy. Dans D. P. Charman (Éd.), *Core processes in brief psychodynamic psychotherapy* (pp. 231-250). Lawrence Erlbaum Associates.
- Gelso, C. J., & Hayes, J. A. (1998). *The psychotherapy relationship: Theory, research, and practice*. Wiley.
- Gelso, C. J., & Hayes, J. A. (2002). The management of countertransference. Dans J. Norcross (Éd.), *Psychotherapy relationships that work* (pp. 267-284). Oxford University Press.
- Gelso, C. J., & Hayes, J. A. (2007). *Countertransference and the inner world of the psychotherapist: Perils and possibilities*. Erlbaum.
- Gergely, G., & Watson, J. S. (1996). The social biofeedback theory of parental affect mirroring: The development of emotional self-awareness and self-control in infancy. *International Journal of Psychoanalysis*, 77(6), 1181-1212.
- Graham, J. M. (2006). Congeneric and (essentially) tau-equivalent estimates of score reliability: What they are and how to use them. *Educational and Psychological Measurement*, 66(6), 930-944. <https://doi.org/10.1177/0013164406288165>
- Greenberg, J. (1995). Psychoanalytic technique and the interactive matrix. *The Psychoanalytic Quarterly*, 64(1), 1-22. <https://doi.org/10.1080/21674086.1995.11927441>
- Guadagnoli, E., & Velicer, W. F. (1988). Relation of sample size to the stability of component patterns. *Psychological Bulletin*, 103(2), 265-275. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.103.2.265>
- Gupta, K., Sinha, A., & Bhola, P. (2016). Intersections between ethics and technology: Online client-therapist interactions. Dans P. Bhola & A. Raguram (Éds), *Ethical issues in counselling and psychotherapy practice: Walking the line* (pp. 169-186). Springer Science + Business Media. [https://doi.org/10.1007/978-981-10-1808-4\\_11](https://doi.org/10.1007/978-981-10-1808-4_11)
- Gutheil, T. G. (2005). Boundary issues and personality disorders. *Journal of Psychiatric Practice*, 11(2), 88-96. <https://doi.org/10.1097/00131746-200503000-00003>
- Gutheil, T. G. (2014). Boundary issues. Dans J. M. Oldham, A. E. Skodol, & D. S. Bender (Éds), *The American Psychiatric Publishing textbook of personality disorders* (2<sup>e</sup> éd., pp. 369-381). American Psychiatric Publishing, Inc.
- Gutheil, T. G., & Brodsky, A. (2008). Prevention. Dans T. G. Gutheil & A. Brodsky (Dir.), *Preventing boundary violations in clinical practice* (pp. 285-299). Guilford Press.

- Gutheil, T. G., & Gabbard, G. O. (1993). The concept of boundaries in clinical practice: Theoretical and risk-management dimensions. *American Journal of Psychiatry*, 150(2), 188-196. <https://doi.org/10.1176/ajp.150.2.188>
- Gutheil, T. G., & Gabbard, G. O. (1998). Misuses and misunderstandings of boundary theory in clinical and regulatory settings. *American Journal of Psychiatry*, 155(3), 409-414. <https://doi.org/10.1176/ajp.155.3.409>
- Gutheil, T. G., & Simon, R. I. (2002). Non-sexual boundary crossings and boundary violations: The ethical dimension. *Psychiatric Clinics of North America*, 25(3), 585-592. [https://doi.org/10.1016/S0193-953X\(01\)00012-0](https://doi.org/10.1016/S0193-953X(01)00012-0)
- Hair Jr., J. F., Black, W. C., Babin, B. J., & Anderson, R. E. (2010). Exploratory factor analysis. Dans J. F. Hair Jr., W. C. Black, B. J. Babin, & R. E. Anderson (Éds), *Multivariate data analysis* (7<sup>e</sup> éd.). Pearson Education.
- Harris, E., & Younggren, J. N. (2011). Risk management in the digital world. *Professional Psychology: Research and Practice*, 42(6), 412-418. <https://doi.org/10.1037/a0025139>
- Hayes, A. F., & Coutts, J. J. (2020). Use Omega rather than Cronbach's Alpha for Estimating Reliability. But.... *Communication Methods and Measures*, 14(1), 1-24. <https://doi.org/10.1080/19312458.2020.1718629>
- Hayes J. A. (2004). The inner world of the psychotherapist: A program of research on countertransference. *Psychotherapy Research: Journal of the Society for Psychotherapy Research*, 14(1), 21-36. <https://doi.org/10.1093/ptr/kph002>
- Hayes, J. A., Gelso, C. J., & Hummel, A. M. (2011). Managing countertransference. Dans J. C. Norcross (Éd.), *Psychotherapy relationships that work: Evidence-based responsiveness* (2<sup>e</sup> éd., pp. 239-258). Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/acprof:oso/9780199737208.003.0012>
- Heal, J. (2003). *Mind, reason and imagination*. Cambridge University Press.
- Heimann, P. (1950). On countertransference. *International Journal of Psycho-Analysis*, 31, 81-84.
- Helmes, E., & Holden, R. R. (2003). The construct of social desirability: One or two dimensions? *Personality and Individual Differences*, 34(6), 1015-1023. [https://doi.org/10.1016/S0191-8869\(02\)00086-7](https://doi.org/10.1016/S0191-8869(02)00086-7)
- Hilsenroth, M. J., Cromer, T. D., & Ackerman, S. J. (2012). How to make practical use of therapeutic alliance research in your clinical work. Dans R. A. Levy, J. S. Ablon, & H. Kächele (Éds), *Psychodynamic psychotherapy research: Evidence-based practice*

- and practice-based evidence* (pp. 361-380). Humana Press-Springer.  
[https://doi.org/10.1007/978-1-60761-792-1\\_22](https://doi.org/10.1007/978-1-60761-792-1_22)
- Hines, A. H., Ader, D. N., Chang, A. S., & Rundell, J. R. (1998). Dual agency, dual relationships, boundary crossings, and associated boundary violations: A survey of military and civilian psychiatrists. *Military Medicine*, 163(12), 826-833.  
<https://doi.org/10.1093/milmed/163.12.826>
- Hofstetter, H., Dusseldorp, E., van Empelen, P., & Paulussen, T. W. (2014). A primer on the use of cluster analysis or factor analysis to assess co-occurrence of risk behaviors. *Preventive medicine*, 67, 141–146.  
<https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2014.07.007>
- Holden, R. R., & Fekken, G. C. (1989). Three common social desirability scales: Friends, acquaintances, or strangers? *Journal of Research in Personality*, 23(2), 180-191.  
[https://doi.org/10.1016/0092-6566\(89\)90022-6](https://doi.org/10.1016/0092-6566(89)90022-6)
- Holroyd, J. C., & Brodsky, A. M. (1977). Psychologists' attitudes and practices regarding erotic and nonerotic physical contact with patients. *American Psychologist*, 32(10), 843-849. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.32.10.843>
- Holroyd, J. C., & Brodsky, A. M. (1980). Does touching patients lead to sexual intercourse? *Professional Psychology*, 11(5), 807-811. <https://doi.org/10.1037/0735-7028.11.5.807>
- Hook, J., & Devereux, D. (2018). Boundary violations in therapy: The patient's experience of harm. *BJPsych Advances*, 24(6), 366-373. <https://doi.org/10.1192/bja.2018.26>
- Hu, L.-t., & Bentler, P. M. (1999). Cutoff criteria for fit indexes in covariance structure analysis: Conventional criteria versus new alternatives. *Structural Equation Modeling*, 6(1), 1-55. <https://doi.org/10.1080/10705519909540118>
- Hughes, C., Jaffee, S. R., Happe, F., Taylor, A., Caspi, A., & Moffitt, T. E. (2005). Origins of individual differences in theory of mind: From nature to nurture? *Child Development*, 76(6), 356-370. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8624.2005.00850.x>
- Hutchinson, S. C. (1991). *Sexual contact between therapist and client: A survey of social workers in private practice* [Document inédit]. Université Tulane.
- Jackson, H., & Nuttall, R. L. (2001). A relationship between childhood sexual abuse and professional sexual misconduct. *Professional Psychology: Research and Practice*, 32(2), 200-204. <https://doi.org/10.1037//0735-7028.32.2.200>

- Jacobs, T. (2001). On misreading and misleading patients. Some reflections on communications, miscommunications and countertransference enactments. *International Journal of Psychoanalysis*, 82(4), 653-669. <https://doi.org/10.1516/0020757011601118>
- Jacobs-Caffey, L. A. (1994). *A study of countertransference awareness and behavior in light of therapist personality characteristics, level of experience, gender and theoretical orientation* [Document inédit]. Pennsylvania State University.
- Jacobson, L. I., Kellogg, R. W., Cauce, A., & Slavin, R. S. (1977). A multidimensional social desirability inventory. *Bulletin of the Psychonomic Society*, 9, 109-110. <https://doi.org/10.3758/BF03336944>
- Johnson, C. C., & Aldea, M. A. (2021). Ethical considerations for telepsychotherapy and the management of high-risk patients during coronavirus 2019 (COVID-19): Challenges and practice considerations. *Ethics & Behavior*, 31(3), 193-204. <https://doi.org/10.1080/10508422.2020.1870979>
- Johnston, S., & Farber, B. (1996). The maintenance of boundaries in psychotherapeutic practice. *Psychotherapy*, 33(3), 391-402. <https://doi.org/10.1037/0033-3204.33.3.391>
- Joint Task Force for the Development of Telepsychology Guidelines for Psychologists [JTFDTGP]. (2013). Guidelines for the practice of telepsychology. *American Psychologist*, 68(9), 791-800. <https://doi.org/10.1037/a0035001>
- Kardener, S. H., Fuller, M., & Mensh, I. N. (1973). A survey of physicians' attitudes and practices regarding erotic and nonerotic contact with patients. *The American Journal of Psychiatry*, 130(10), 1077-1081. <https://doi.org/10.1176/ajp.130.10.1077>
- Kardener, S., Fuller, M., & Mensh, I. (1976). Characteristics of "erotic" practitioners. *American Journal of Psychiatry*, 133(11), 1324-1325. <https://doi.org/10.1176/ajp.133.11.1324>
- Kassam, A., Papish, A., Modgill, G., & Patten, S. (2012). The development and psychometric properties of a new scale to measure mental illness related stigma by health care providers: The opening minds scale for Health Care Providers (OMS-HC). *BMC Psychiatry*, 12, Article 62. <https://doi.org/10.1186/1471-244x-12-62>
- Katsavdakis, K., Gabbard, G. O., & Athey, G. J. (2004). Profiles of impaired health professionals. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 68(1), 60-72. <https://doi.org/10.1521/bumc.68.1.60.27732>
- Kendall, M., Fronek, P., Ungerer, G., Malt, J., Eugarde, E., & Geraghty, T. (2011). Assessing professional boundaries in clinical settings: The development of the

- boundaries in practice scale. *Ethics & Behavior*, 21(6), 509-524. <https://doi.org/10.1080/10508422.2011.622186>
- Kernberg, O. (1975). *Borderline states and pathological narcissism*. Jason Aronson.
- Kernberg, O. (1976). *Object relations theory and clinical psychoanalysis*. Jason Aronson.
- Kiesler, D. J. (1996). *Contemporary interpersonal theory and research: Personality, psychopathology, and psychotherapy*. Wiley.
- Kiesler, D. J. (2001). Therapist countertransference: In search of common themes and empirical referents. *Journal of Clinical Psychology*, 57(8), 1053-1063. <https://doi.org/10.1002/jclp.1073>
- King-Casas, B., Sharp, C., Lomax-Bream, L., Lohrenz, T., Fonagy, P., & Montague, P. R. (2008). The rupture and repair of cooperation in borderline personality disorder. *Science*, 321(5890), 806-810. <https://doi.org/10.1126/science.1156902>
- Lakoff, G., & Johnson, M. (2003). *Metaphors we live by*. University of Chicago Press.
- Laliberté, K. (2020). *Le processus d'élaboration du Questionnaire sur les bris de cadre – volet spécifique II (QBC-S-II)* [Document inédit]. Université du Québec à Trois-Rivières.
- Laliberté, K. (2022). *Le Questionnaire socio-démographique (QSD)* [Document inédit]. Université du Québec à Trois-Rivières.
- Laliberté, K. (2025). *Le Questionnaire sur les aménagements au cadre en psychothérapie (QACP)* [Document inédit]. Université du Québec à Trois-Rivières.
- Laliberté, K., Descôteaux, J., & Laverdière, O. (2017, mars). *Le Questionnaire sur les bris de cadre (QBC) : un nouvel outil psychométrique innovant*. Affiche présentée au 39<sup>e</sup> congrès de la Société québécoise pour la recherche en psychologie, Montréal.
- Lamb, D. H., & Catanzaro, S. J. (1998). Sexual and nonsexual boundary violations involving psychologists, clients, supervisees, and students: Implications for professional practice. *Professional Psychology: Research and Practice*, 29(5), 498-503. <https://doi.org/10.1037/0735-7028.29.5.498>
- Langs, R. (1998). *Ground rules in psychotherapy and counselling* (pp. 37-47). Karnac Books Ltd.

- Lapointe, T. (2017). *L'expérience affective des psychothérapeutes en séance : adaptation française et validation du Feeling Word Checklist 58* [Mémoire, Université Laval]. CorpusUL. <https://hdl.handle.net/20.500.11794/28039>
- Leite, W. L., & Beretvas, S. N. (2005). Validation of scores on the Marlowe-Crowne Social Desirability Scale and the balanced inventory of desirable responding. *Educational and Psychological Measurement*, 65(1), 140-154. <https://doi.org/10.1177/0013164404267285>
- Lieater, G. (1999). From non-directive to experiential: A paradigm unfolding. Dans B. Thorne & E. Lambers (Éds), *Person-centered therapy: A European perspective* (pp. 62-73). Sage Publications.
- Ligiéro, D. P., & Gelso, C. (2002). Countertransference, attachment, and the working alliance: The therapists' contribution. *Psychotherapy*, 39(1), 3-11. <https://doi.org/10.1037/0033-3204.39.1.3>
- Loo, R., & Thorpe, K. (2000). Confirmatory factor analyses of the full and short versions of the Marlowe-Crowne Social Desirability Scale. *The Journal of Social Psychology*, 140(5), 628-635. <https://doi.org/10.1080/00224540009600503>
- Lundgren, K. S., Needleman, W. S., & Wohlberg, J. W. (2004). Above all, do no harm: Abuse of power by health care professionals. *Therapy Exploitation Link Line*. <http://www.therapyabuse.org/p2-abuse-of-power.htm>
- Luxton, D. D., Nelson, E.-L., & Maheu, M. M. (2024). *A practitioner's guide to telemental health: How to conduct legal, ethical, and evidence-based telepractice* (2<sup>e</sup> éd.). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/0000374-000>
- Luxton, D. D., Pruitt, L. D., & Osenbach, J. E. (2014). Best practices for remote psychological assessment via telehealth technologies. *Professional Psychology: Research and Practice*, 45(1), 27-35. <https://doi.org/10.1037/a0034547>
- Luyten, P., & Fonagy, P. (2014). Assessing mentalizing in attachment contexts. Dans S. Farnfield & P. Holmes (Éds), *The Routledge handbook of attachment: Assessment* (pp. 210-226). Routledge.
- Lynch, T. R., Rosenthal, M. Z., Kosson, D. S., Cheavens, J. S., Lejuez, C. W., & Blair, R. J. R. (2006). Heightened sensitivity to facial expressions of emotion in borderline personality disorder. *Emotion*, 6(4), 647-655. <https://doi.org/10.1037/1528-3542.6.4.647>
- Lysaker, P. H., Davis, L. W., Buck, K. D., Outcalt, S., & Ringer, J. M. (2011). Negative symptoms and poor insight as predictors of the similarity between client and therapist



- ratings of therapeutic alliance in cognitive behavior therapy for patients with schizophrenia. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 199(3), 191-195. <https://doi.org/10.1097/nmd.0b013e31820c73eb>
- MacCallum, R. C., Widaman, K. F., Zhang, S., & Hong, S. (1999). Sample size in factor analysis. *Psychometric Methods*, 14(1), 84-99. <https://doi.org/10.1037/1082-989X.4.1.84>
- Malkewitz, C. P., Schwall, P., Meesters, C., & Hardt, J. (2023). Estimating reliability: A comparison of Cronbach's  $\alpha$ , McDonald's  $\omega_t$  and the greatest lower bound. *Social Sciences & Humanities Open*, 7, Article 100368. <https://doi.org/10.1016/j.ssaho.2022.100368>
- Mallen, M. J., Vogel, D. L., & Rochlen, A. B. (2005). The practical aspects of online counseling: Ethics, training, technology, and competency. *The Counseling Psychologist*, 33(6), 776-818. <https://doi.org/10.1177/0011000005278625>
- Manhal-Baugas, M. (2001). E-therapy: Practical, ethical, and legal issues. *CyberPsychology & Behavior*, 4(5), 551-563. <https://doi.org/10.1089/109493101753235142>
- Mayer, J. D., & Salovey, P. (1997). What is emotional intelligence? Dans P. Salovey & D. J. Sluyter (Éds), *Emotional development and emotional intelligence* (pp. 3-31). Basic Books.
- Mayer, J. D., Salovey, P., & Caruso, D. R. (2000). Models of emotional intelligence. Dans R. Sternberg (Éd.), *Handbook of intelligence* (pp. 396-420). Cambridge University Press.
- McCord, C., Bernhard, P., Walsh, M., Rosner, C., & Console, K. (2020). A consolidated model for telepsychology practice. *Journal of Clinical Psychology*, 76(6), 1060-1082. <https://doi.org/10.1002/jclp.22954>
- McCrae, R. R., & Costa, P. T. (1983). Social desirability scales: More substance than style. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51(6), 882-888. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.51.6.882>
- McDonald, R. P. (1999). *Test theory: A unified treatment*. Lawrence Erlbaum.
- McLaughlin, J. T. (1987). The play of transference: Some reflections on enactment in the psychoanalytic situation. *Journal of American Psychoanalytic Association*, 35(3), 557-582. <https://doi.org/10.1177/000306518703500302>

- Midkiff, D. M., & Wyatt, W. J. (2008). Ethical issues in the provision of online mental health services. *Journal of Technology in Human Services*, 26(2-4), 310-332. <https://doi.org/10.1080/15228830802096994>
- Millham, J. (1974). Two components of need for approval score and their relationship to cheating following success and failure. *Journal of Research in Personality*, 8(4), 378-392. [https://doi.org/10.1016/0092-6566\(74\)90028-2](https://doi.org/10.1016/0092-6566(74)90028-2)
- Mitchell, S. A. (1988). *Relational concepts in psychoanalysis*. Harvard University Press.
- Moles, T. A. (2014). *Sexual and nonsexual boundary violations between sport psychology professionals and their client-athletes* [Document inédit]. University of North Texas.
- Moles, T. A., Petrie, T. A., & Watkins, C. E., Jr. (2016). Sex and sport: Attractions and boundary crossings between sport psychology consultants and their client-athletes. *Professional Psychology: Research and Practice*, 47(2), 93-101. <https://doi.org/10.1037/pro0000052>
- Moran, R. (2001). *Authority and estrangement: An essay on self-knowledge*. Princeton University Press.
- Morin, G., & Meilleur, D. (2018). *Mentalization Scale (MentS) – Version francophone* [Document inédit]. Université de Montréal.
- Murphy, K. R., & Davidshofer, C. O. (2001). *Psychological testing: Principles and applications* (5<sup>e</sup> éd.). Prentice-Hall.
- Nolte, T., Bolling, D. Z., Hudac, C. M., Fonagy, P., Mayes, L., & Pelphrey, K. A. (2013). Brain mechanisms underlying the impact of attachment-related stress on social cognition. *Frontiers in Human Neuroscience*, 7, Article 816. <https://doi.org/10.3389/fnhum.2013.00816>
- O'Connor, B. P. (2000). SPSS and SAS programs for determining the number of components using parallel analysis and Velicer's MAP test. *Behavior Research Methods, Instrumentation, and Computers*, 32, 396-402. <https://doi.org/10.3758/bf03200807>
- Ordre des psychologues du Québec (OPQ). (2008). *Guide explicatif concernant le code de déontologie des psychologues du Québec*. <https://www.ordrepsy.qc.ca/documents/26707/63191/Guide+explicatif+concernant+le+code+de+d%C3%A9ontologie+des+psychologues+du+Qu%C3%A9bec/52e20a27-81a6-4e2f-bf2f-ec6acfbccel4>

- Parsons, J. P., & Wincze, J. P. (1995). A survey of client-therapist sexual involvement in Rhode Island as reported by subsequent treating therapists. *Professional Psychology: Research and Practice*, 26(2), 171-175. <https://doi.org/10.1037/0735-7028.26.2.171>
- Paulhus, D. L. (1984). Two-component models of socially desirable responding. *Journal of Personality and Social Psychology*, 46(3), 598-609. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.46.3.598>
- Paulhus, D. L. (1991). Measurement and control of response bias. Dans J. P. Robinson, P. R. Shaver, & L. S. Wrightsman (Éds), *Measures of personality and social psychological attitudes* (pp. 17-59). Academic Press. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-590241-0.50006-X>
- Perle, J. G., Langsam, L. C., & Nierenberg, B. (2011). Controversy clarified: An updated review of clinical psychology and tele-health. *Clinical Psychology Review*, 31(8), 1247-1258. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2011.08.003>
- Pierce, B. S., Perrin, P. B., & McDonald, S. D. (2020). Demographic, organizational, and clinical practice predictors of U.S. psychologists' use of telepsychology. *Professional Psychology: Research and Practice*, 51(2), 184-193. <https://doi.org/10.1037/pro0000267>
- Plaut, S. M. (1997). Boundary violations in professional-client relationships: Overview and guidelines for prevention. *Sexual & Marital Therapy*, 12(1), 77-94. <https://doi.org/10.1080/02674659708408203>
- Pope, K. S. (1988). How clients are harmed by sexual contact with mental health professionals. *Journal of Counseling and Development*, 67(4), 222-226. <https://doi.org/10.1002/j.1556-6676.1988.tb02587.x>
- Pope, K. S. (1990). Therapist-patient sexual involvement: A review of the research. *Clinical Psychology Review*, 10(4), 477-490. [https://doi.org/10.1016/0272-7358\(90\)90049-g](https://doi.org/10.1016/0272-7358(90)90049-g)
- Pope, K. S., & Keith-Spiegel, P. (2008). A practical approach to boundaries in psychotherapy: Making decisions, bypassing blunders, and mending fences. *Journal of Clinical Psychology*, 64(5), 638-652. <https://doi.org/10.1002/jclp.20477>
- Pope, K. S., Levenson, H., & Schover, L. R. (1979). Sexual intimacy in psychology training: Results and implications of a national survey. *American Psychologist*, 34(8), 682-689. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.34.8.682>

- Pope, K. S., Tabachnick, B. G., & Keith-Spiegel, P. (1987). Ethics of practice: The beliefs and behaviors of psychologists as therapists. *American Psychologist*, 42(11), 993-1006. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.42.11.993>
- Pope, K. S., & Vasquez, M. J. T. (2011). Trust, power, and caring. Dans K. S. Pope & M. J. T. Vasquez (Eds), *Ethics in psychotherapy and counseling: A practical guide* (4<sup>e</sup> éd., pp. 34-40). John Wiley & Sons, Inc. <https://doi.org/10.1002/9781118001875.ch4>
- Quadrio, C. (1996). Sexual abuse in therapy: Gender issues. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 30(1), 124-133. <https://doi.org/10.3109/00048679609076080>
- Racker, H. (1957). The meaning and uses of countertransference. *Psychoanalytic Quarterly*, 26(3), 303-357.
- Racker, H. (1968). *Transference and countertransference*. Karnac Books.
- Ramanaiah, N. V., & Martin, H. J. (1980). On the two-dimensional nature of the Marlowe-Crowne Social Desirability Scale. *Journal of Personality Assessment*, 44(5), 507-514. [https://doi.org/10.1207/s15327752jpa4405\\_11](https://doi.org/10.1207/s15327752jpa4405_11)
- Ramanaiah, N. V., Schill, T., & Leung, L. S. (1977). A test of the hypothesis about the two-dimensional nature of the Marlowe-Crowne Social Desirability Scale. *Journal of Research in Personality*, 11(2), 251-259. [https://doi.org/10.1016/0092-6566\(77\)90022-8](https://doi.org/10.1016/0092-6566(77)90022-8)
- Ramsdell, P. S., & Ramsdell, E. R. (1994). Counselor and client perceptions of the effect of social and physical contact on the therapeutic process. *Clinical Social Work Journal*, 22, 91-104. <https://doi.org/10.1007/BF02190288>
- Raykov, T. (1997). Estimation of composite reliability for congeneric measures. *Applied Psychological Measurement*, 21(2), 173-184. <https://doi.org/10.1177/01466216970212006>
- Resnik, S. (2016). *The logics of madness: On infantile and delusional transference*. Karnac Books.
- Rizq, R., & Target, M. (2010). 'If that's what I need, it could be what some-one else needs.' Exploring the role of attachment and reflective function in counselling psychologists' accounts of how they use personal therapy in clinical practice: A mixed methods study. *British Journal of Guidance and Counselling*, 38(4), 459-481. <https://doi.org/10.1080/03069885.2010.503699>

- Rogers, C. (2010). *La relation d'aide et la psychothérapie*. Les Éditions sociales françaises. (Ouvrage original publié en 1942).
- Røssberg, J. I., Hoffart, A., & Friis, S. (2003). Psychiatric staff members' emotional reactions toward patients: A psychometric evaluation of an extended version of the Feeling Word Checklist (FWC-58). *Nordic Journal of Psychiatry*, 57(1), 45-53. <https://doi.org/10.1080/0803948031000025>
- Røssberg, J. I., Karterud, S., Pedersen, G., & Friis, S. (2007). An empirical study of countertransference reactions toward patients with personality disorders. *Comprehensive Psychiatry*, 48(3), 225-230. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2007.02.002>
- Røssberg, J. I., Karterud, S., Pedersen, G., & Friis, S. (2010). Psychiatric symptoms and countertransference feelings: An empirical investigation. *Psychiatry Research*, 178(1), 191-195. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2009.09.019>
- Sabin, J. E., & Skimming, K. (2015). A framework of ethics for telepsychiatry practice. *International Review of Psychiatry*, 27(6), 490-495. <https://doi.org/10.3109/09540261.2015.1094034>
- Sackeim, H. A., & Gur, R. C. (1978). Self-deception, self-confrontation, and consciousness. Dans G. E. Schwartz & D. Shapiro (Éds), *Consciousness and self-regulation* (pp. 139-197). Springer. [https://doi.org/10.1007/978-1-4684-2571-0\\_4](https://doi.org/10.1007/978-1-4684-2571-0_4)
- Saenz, J. J., Sahu, A., Tarlow, K., & Chang, J. (2020). Telepsychology: Training perspectives. *Journal of Clinical Psychology*, 76(6), 1101-1107. <https://doi.org/10.1002/jclp.22875>
- Safran, J. D., & Kraus, J. (2014). Alliance ruptures, impasses, and enactments: A relational perspective. *Psychotherapy*, 51(3), 381-387. <https://doi.org/10.1037/a0036815>
- Safran, J. D., & Muran, J. C. (2000). Resolving therapeutic alliance ruptures: Diversity and integration. *Journal of Clinical Psychology*, 56(2), 233-243. [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1097-4679\(200002\)56:2<233::AID-JCLP9>3.0.CO;2-3](https://doi.org/10.1002/(SICI)1097-4679(200002)56:2<233::AID-JCLP9>3.0.CO;2-3)
- Scanlon, T. M. (1998). *What we owe to each other*. Harvard University Press.
- Scantlin, K. A. (2014). *Correlations between cognitions and countertransference in the context of personality disorders* [Document inédit]. Adler University.
- Searle, J. R. (2001). *Rationality in action*. MIT Press.

- Semerari, A., Carcione, A., Dimaggio, G., Nicolò, G., & Procacci, M. (2007). Understanding minds, different functions and different disorders? The contribution of psychotherapeutic research. *Psychotherapy Research*, 17(1), 106-119. <https://doi.org/10.1080/10503300500536953>
- Shamay-Tsoory, S. G., Aharon-Peretz, J., & Perry, D. (2009). Two systems for empathy: A double dissociation between emotional and cognitive empathy in inferior frontal gyrus versus ventromedial prefrontal lesions. *Brain*, 132(3), 617-627. <https://doi.org/10.1093/brain/awn279>
- Sherman, M. D., & Thelen, M. H. (1998). Distress and professional impairment among psychologists in clinical practice. *Professional Psychology: Research and Practice*, 29(1), 79-85. <https://doi.org/10.1037/0735-7028.29.1.79>
- Sifneos, P. E. (1973). The prevalence of 'alexithymic' characteristics in psychosomatic patients. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 22(2-6), 255-262. <https://doi.org/10.1159/000286529>
- Slade, A. (2008). The implications of attachment theory and research for adult psychotherapy: Research and clinical perspectives. Dans J. Cassidy & P. R. Shaver (Éds), *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications* (2<sup>e</sup> éd., pp. 762-782). Guilford Press.
- Smith, J. L. (1999). Boundary violations and subsequent treatment. *Journal of Sex Education and Therapy*, 24(4), 262-267. <https://doi.org/10.1080/01614576.1999.11074314>
- Sperber, D. (Éd.). (2000). *Metarepresentations: A multidisciplinary perspective*. Oxford University Press.
- Stake, J. E., & Oliver, J. (1991). Sexual contact and touching between therapist and client: A survey of psychologists' attitudes and behavior. *Professional Psychology: Research and Practice*, 22(4), 297-307. <https://doi.org/10.1037/0735-7028.22.4.297>
- Steinberg, A. L., Alpert, J. L., & Courtois, C. A. (2021). Sexual boundary violations in the psychotherapy setting: An overview. Dans A. L. Steinberg, J. L. Alpert, & C. A. Courtois (Éds), *Sexual boundary violations in psychotherapy: Facing therapist indiscretions, transgressions, and misconduct* (pp. 3-18). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/0000247-001>
- Swiggart, W., Feurer, I. D., Samenow, C., Delmonico, D. L., & Spickard Jr., W. A. (2008). Sexual Boundary Violation Index: A validation study. *Sexual Addiction & Compulsivity*, 15(2), 176-190. <https://doi.org/10.1080/10720160802055939>

- Tabachnick, B. G., & Fidell, L. S. (2012). *Using multivariate statistics* (6<sup>e</sup> éd.). Pearson Education.
- Tatman, A., Swogger, M., Love, K., & Cook, M. (2009). Psychometric properties of the Marlowe-Crowne social desirability scale with adult male sexual offenders. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, 21(1), 21-34. <https://doi.org/10.1177/1079063208325203>
- Taylor, G. J., Bagby, R. M., & Parker, J. D. A. (1991). The alexithymia construct: A potential paradigm for psychosomatic medicine. *Psychosomatics*, 32(2), 153-164. [https://doi.org/10.1016/s0033-3182\(91\)72086-0](https://doi.org/10.1016/s0033-3182(91)72086-0)
- Taylor, G. J., Bagby, R. M., & Parker, J. D. (1997). *Disorders of affect regulation: Alexithymia in medical and psychiatric illness*. Cambridge University Press.
- Thoreson, R. W., Shaugnessy, P., Heppner, P. P., & Cook, S. W. (1993). Sexual contact during and after the therapeutic relationship: Attitudes and practices of male counselors. *Journal of Counseling and Development*, 71(4), 429-434. <https://doi.org/10.1002/j.1556-6676.1993.tb02660.x>
- Tuerk, P. W., Keller, S. M., & Acierno, R. (2018). Treatment for anxiety and depression via clinical teleconferencing: Evidence base and barriers to expanded access in practice. *Focus*, 16(4), 363-369. <https://doi.org/10.1176/appi.focus.20180027>
- Tummala-Narra, P. (2021). Considering racial and cultural context in sexual boundary violations. Dans A. L. Steinberg, J. L. Alpert, & C. A. Courtois (Éds), *Sexual boundary violations in psychotherapy: Facing therapist indiscretions, transgressions, and misconduct* (pp. 205-217). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/0000247-012>
- Ulberg, R., Amlo, S., Hersoug, A. G., Dahl, H. S. J., & Høglend, P. (2014). The effects of the therapist's disengaged feelings on the in-session process in psychodynamic psychotherapy. *Journal of Clinical Psychology*, 70(5), 440-451. <https://doi.org/10.1002/jclp.22088>
- van Daele, T., Karekla, M., Kassianos, A. P., Compare, A., Haddouk, L., Salgado, J., Ebert, D. D., Trebbi, G., Bernaerts, S., van Assche, E., & De Witte, N. A. J. (2020). Recommendations for policy and practice of telepsychotherapy and e-mental health in Europe and beyond. *Journal of Psychotherapy Integration*, 30(2), 160-173. <https://doi.org/10.1037/int0000218>
- Ventimiglia, M., & MacDonald, D. A. (2012). An examination of the factorial dimensionality of the Marlowe Crowne Social Desirability Scale. *Personality and Individual Differences*, 52(4), 487-491. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2011.11.016>

- Vesentini, L., van Overmeire, R., Matthys, F., De Wachter, D., van Puyenbroeck, H., & Bilsen, J. (2022). Intimacy in psychotherapy: An exploratory survey among therapists. *Archives of Sexual Behavior*, 51, 453-463. <https://doi.org/10.1007/s10508-021-02190-7>
- Vesentini, L., van Puyenbroeck, H., De Wachter, D., Matthys, F., & Bilsen, J. (2023). Managing romantic and sexual feelings towards clients in the psychotherapy room in Flanders (Belgium). *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, 35(3), 263-287. <https://doi.org/10.1177/10790632221098357>
- Wallin, D. (2014). We are the tools of our trade: The therapist's attachment history as a source of impasse, inspiration and change. Dans A. N. Danquah & K. Berry (Éds), *Attachment theory in adult mental health: A guide to clinical practice* (pp. 225-239). Routledge/Taylor & Francis Group.
- Wallwork, E. (2013). Ethical aspects of teletherapy. Dans J. S. Scharff (Éd.), *Psychoanalysis online: Mental health, teletherapy, and training* (pp. 85-94). Karnac Books.
- Winnicott, D. W. (1949). Hate in the counter-transference. *International Journal of Psychoanalysis*, 30, 69-75.
- Winnicott, D. W. (1965). *The maturational processes and the facilitating environment: Studies in the theory of emotional development*. International Universities Press. (Ouvrage original publié en 1963).
- Woynowskie, K. (2017). *Mentalization and overlapping constructs: Mindfulness, empathy, emotional intelligence, psychological mindedness using exploratory factor analysis* [Document inédit]. The Chicago School of Professional Psychology.
- Zachrisson, A. (2014). Ethical breaches and deviations of method in psychoanalysis: A heuristic model for the differentiation of boundary transgressions in psychoanalytic work. *International Forum of Psychoanalysis*, 23(4), 246-252. <https://doi.org/10.1080/0803706X.2013.781272>



## **Appendice A**

Structure factorielle du QACP – version 1 (volet général)

## STRUCTURE FACTORIELLE DU QACP – VERSION 1 (VOLET GÉNÉRAL)

	Facteurs					
	Nég	Fam	Front	Mod	Cons	Dur
15. Il m'arrive de me présenter à une séance lorsque mon état de santé psychologique m'incommode.	0,74					
20. Il m'arrive de me présenter à une séance lorsque mon état de santé physique m'incommode.	0,69					
24. Il m'arrive de dire quelque chose lors d'un silence alors que ce n'est pas pertinent.	0,64					
14. Il m'arrive de garder le silence en présence d'un patient alors qu'une intervention aurait été appropriée.	0,62					
9. Il m'arrive de couper la parole à un patient.	0,61					
32. Il m'arrive de ne pas discuter avec un patient d'un bris de cadre dont je suis conscient(e).	0,58					
30. Je me surprends à regarder l'horloge plus souvent au cours d'une séance que je ne le fais habituellement.	0,55					
21. Il m'arrive de remettre à plus tard mes retours d'appel à un patient.	0,48					
31. Il m'arrive de communiquer hâtivement des hypothèses diagnostiques à un patient.	0,47					
7. Il m'arrive de discuter des aspects de la vie personnelle d'un patient qui ne sont pas liés au but convenu de la thérapie.	0,47					
2. Il m'arrive d'omettre d'établir une compréhension mutuelle des objectifs de la thérapie.	0,38					
3. Il m'arrive de dire à un patient que je suis fier de lui.		0,77				
19. Il m'arrive d'encourager un patient.		0,74				
35. Il m'arrive de conseiller mes patients.		0,70				

	Facteurs					
	Nég	Fam	Front	Mod	Cons	Dur
26. Il m'arrive de complimenter un patient.		0,66				
23. Il m'arrive de m'adresser à mon patient en utilisant son prénom.		0,54				
22. Il m'arrive d'allonger la durée de la séance d'au moins dix minutes avec un patient.		0,46				
40. Il m'arrive de complimenter un patient sur son physique.		0,44				
16. Il m'arrive d'êtreindre un patient.			0,77			
29. Il m'arrive de poser ma main sur l'épaule d'un patient.			0,73			
13. Il m'arrive de poser ma main sur la main d'un patient.			0,72			
8. Il m'arrive de dire à un patient que j'éprouve de l'affection pour lui ou elle.			0,70			
4. Il m'arrive de faire la bise à un patient.			0,68			
10. Il m'arrive de pleurer en réaction au contenu amené par le patient.			0,67			
41. Il m'arrive de m'emporter envers un patient.			0,38			
11. Il m'arrive d'accepter un cadeau de la part d'un patient.			0,35			
37. Il m'arrive de remercier un patient pour son admiration.			0,34			
33. Il m'arrive de dispenser une thérapie à tarif réduit.				0,86		
6. Il m'arrive de modifier les honoraires avec le patient en cours de thérapie.				0,74		
25. Il m'arrive de dispenser une thérapie gratuitement ( <i>cet item s'applique seulement aux professionnels du secteur privé</i> ).				0,55		
1. Il m'arrive de me rendre davantage disponible lorsqu'un patient est en crise.				0,52		
12. Il m'arrive de dispenser une thérapie au domicile du patient.				0,50		
38. Il m'arrive de dispenser une thérapie dans la chambre d'hôpital d'un patient.				0,44		

	Facteurs					
	Nég	Fam	Front	Mod	Cons	Dur
39. Il m'arrive d'omettre de fournir à un patient toutes les informations nécessaires à son consentement libre et éclairé (ex : le choix de refuser/cesser le traitement, l'entente au sujet des honoraires).					0,83	
36. Il m'arrive d'omettre d'obtenir explicitement le consentement libre et éclairé d'un patient.					0,82	
17. Il m'arrive de ne pas discuter d'un ou des termes du contrat thérapeutique (ex. : lieu, honoraires, horaire et fréquences des séances) dès la première séance avec un patient.					0,63	
5. Il m'arrive de ne pas savoir à l'avance combien de temps une séance va durer avec un patient.						0,74
27. Il m'arrive d'allonger la durée de la séance d'au moins trente minutes avec un patient.						0,56
28. Il m'arrive de répondre au téléphone pendant une séance avec un patient.						0,55
18. Il m'arrive de décider au cours d'une séance de l'écourter.						0,52

*Note.* Nég = Négligence; Fam = Familiarité; Front = Non-respect des frontières relationnelles; Mod = Modification des modalités formelles de la thérapie; Cons = Omissions liées au consentement libre et éclairé; Dur = Modification de la durée de la séance.

## **Appendice B**

Structure factorielle du QACP – version 2 (volet spécifique)

## STRUCTURE FACTORIELLE DU VOLET GÉNÉRAL DU QACP – VERSION 2 (VOLET SPÉCIFIQUE)

	Facteur					
	Ges. lax.	Mod. form.	Non-resp. front. rel.	Négl.	Fam.	Inter. int.
46. Il m'arrive d'obtenir des informations confidentielles à propos de ce client et la part d'autres professionnels sans avoir obtenu son accord préalable	0,81					
40. Il m'arrive de répondre à des courriels ou à des messages textes pendant une séance avec ce client	0,79					
45. Il m'arrive de poser ma main sur celle de ce client	0,79					
27. Il m'arrive de ne pas discuter avec ce client d'un bris de cadre dont je suis conscient(e)	0,73					
17. Il m'arrive de décider au cours d'une séance avec ce client de l'écourter	0,73					
47. Il m'arrive de tutoyer ce client alors que j'avais pris l'habitude de le vouvoyer	0,68					
19. Il m'arrive de clore une séance sans m'assurer d'en avoir respecté la durée prévue	0,68					
29. Il m'arrive de transmettre des informations confidentielles à propos de ce client et la part d'autres professionnels sans avoir obtenu son accord préalable	0,65					
58. Il m'arrive de m'emporter envers ce client lors des séances avec lui	0,56					
14. Il m'arrive de faire varier, d'une séance à l'autre, la durée de la rencontre avec ce client de façon significative (p. ex., 5 minutes et plus)	0,45					
7. Il m'arrive de discuter de certains aspects de la vie personnelle de ce client pour satisfaire ma curiosité personnelle	0,43					

	Facteur					
	Ges. lax.	Mod. form.	Non-resp. front. rel.	Négl.	Fam.	Inter. int.
37. Il m'arrive de briser la confidentialité qui me lie à ce client sans avoir été tenu de le faire par la Loi (p. ex., conversations informelles entre collègues)	0,41					
43. Il m'arrive de ne pas discuter avec ce client de ses comportements inappropriés en séance	0,36					
32. Il m'arrive de modifier les honoraires avec ce client en cours de thérapie		0,95				
54. Il m'arrive de dispenser une thérapie gratuitement avec ce client alors que des honoraires sont habituellement perçus		0,95				
35. Il m'arrive d'accepter que ce client omette de défrayer les honoraires d'une séance		0,88				
48. Il m'arrive de dispenser une séance de thérapie avec ce client en-dehors de mon lieu de pratique habituelle (p. ex., chambre d'hôpital, domicile du client)		0,60				
41. Il m'arrive d'accepter que ce client paie ses honoraires en retard		0,45				
49. Il m'arrive d'offrir un cadeau de moins de 10 \$ à ce client			0,94			
18. Il m'arrive d'accepter des références pour des suivis psychologiques provenant du réseau social ou familial de ce client			0,80			
50. Il m'arrive de répondre à des questions de ce client concernant ma vie personnelle			0,76			
9. Il m'arrive de demander des conseils à ce client (p. ex., financiers)			0,65			
8. Il m'arrive de décider au courant de la séance de l'allonger de manière significative			0,63			
57. Il m'arrive de dispenser une thérapie avec ce client à tarif réduit			0,58			
42. Il m'arrive de poser ma main sur l'épaule de ce client			0,48			
5. Il m'arrive de ne pas savoir à l'avance combien de temps une séance va durer avec ce client			-0,39			

	Facteur				
	Ges. lax.	Mod. form.	Non-resp. front. rel.	Négl. Fam.	Inter. int.
31. Il m'arrive de me présenter en retard à une séance avec ce client				-0,70	
23. Il m'arrive de me rendre davantage disponible lorsque ce client est en crise			0,35		
1. Il m'arrive de ne pas m'assurer du renouvellement du consentement libre et éclairé de ce client en cas de modifications importantes aux objectifs de la thérapie				-0,87	
4. Il m'arrive de ne pas m'assurer de la compréhension de ce client quant aux objectifs de la thérapie				-0,70	
16. Il m'arrive de me présenter à une séance avec ce client alors que je suis incommodé par mon état de santé psychologique				-0,58	
21. Il m'arrive de me présenter à une séance avec ce client en étant malade				-0,56	
34. Il m'arrive de tolérer les menaces verbales, physiques ou légales de ce client à mon égard sans intervenir				-0,56	
10. Il m'arrive de couper la parole à ce client				-0,41	
15. Il m'arrive de socialiser/participer à des activités sociales avec ce client en dehors des séances de thérapie sans que cela ait été volontaire					0,89
53. Il m'arrive de dire à ce client que je suis fier de lui				-0,45	
12. Il m'arrive d'utiliser un langage vulgaire (p. ex., sacrer, utiliser des termes sexuels crus) en présence de ce client					0,41
6. Il m'arrive de chercher à séduire ce client (p. ex., porter des vêtements flatteurs et séducteurs)					-0,92
30. Il m'arrive de dire à ce client que j'éprouve de l'affection pour lui ou elle					-0,82
52. Il m'arrive de serrer ce client dans mes bras					-0,67
36. Il m'arrive de pleurer en réaction au contenu amené par ce client					-0,53
59. Il m'arrive de complimenter ce client sur son physique					-0,49



*Note.* Ges. lax. = Gestion laxiste du cadre et des bris de cadre; Mod. form = Modification des modalités formelles en thérapie; Non-resp front. rel. = Non-respect des frontières relationnelles; Négl. = Négligence; Fam. = Familiarité; Inter. int. = Interactions intimes ou de nature séductrice.

**Appendice C**  
Affiche pour le recrutement

# Aménagements au cadre en psychothérapie

Vous êtes autorisé.e.s à exercer la **psychothérapie**?  
Vous souhaitez contribuer au développement d'un **outil d'auto-évaluation de votre pratique**?



Nous menons présentement un projet de recherche visant à valider un **questionnaire portant sur les aménagements au cadre en psychothérapie**.

**Tout.e intervenant.e autorisé à exercer la psychothérapie professionnellement** (p. ex., psychologue, travailleur social, psychiatre, sexologue, etc.) ou **dans un contexte de formation universitaire** (stages ou emplois sous supervision) correspondant aux critères suivants est invité à participer à l'étude:

- Porter le titre de psychologue, psychothérapeute ou d'étudiant.e en psychologie autorisé.e à exercer la psychothérapie
- Avoir un **suivi actif d'au moins quatre séances** auprès **d'au moins deux client.e.s adulte.s**

Cette étude est menée par Katrine Laliberté, candidate au doctorat en psychologie (D.Ps.), sous la direction de Dominick Gamache et de Julie Maheux, professeurs à l'Université du Québec à Trois-Rivières (UQTR).  
Numéro de certification éthique: CERPPE-21-02-07.09

**UQTR**



Université du Québec  
à Trois-Rivières



**Pour obtenir plus d'informations  
ou pour participer:**

**Cliquez sur le lien** accompagnant  
cette affiche

ou

Contactez la chercheuse principale à  
l'adresse suivante:  
**Katrine.Laliberte@uqtr.ca**

**Appendice D**  
Formulaire de consentement

## FORMULAIRE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT

<b>Titre du projet de recherche :</b>	Validation du Questionnaire sur les aménagements au cadre en psychothérapie (QACP)
<b>Mené par :</b>	Katrine Laliberté, étudiante au doctorat en psychologie, département de psychologie, Université du Québec à Trois-Rivières (UQTR)
<b>Sous la direction de :</b>	Dominick Gamache (Ph.D.), département de psychologie, Université du Québec à Trois-Rivières (UQTR), professeur  Julie Maheux (Ph.D.), département de psychologie, Université du Québec à Trois-Rivières (UQTR), professeure
<b>Membres de l'équipe de recherche :</b>	Non applicable
<b>Source de financement :</b>	Aucune
<b>Déclaration de conflit d'intérêts :</b>	Aucun conflit d'intérêts à déclarer

### Préambule

Votre participation à la recherche, qui vise à mieux comprendre les aménagements du cadre en psychothérapie, serait grandement appréciée. Cependant, avant d'accepter de participer à ce projet et de signer ce formulaire d'information et de consentement, veuillez prendre le temps de lire ce formulaire. Il vous aidera à comprendre ce qu'implique votre éventuelle participation à la recherche de sorte que vous puissiez prendre une décision éclairée à ce sujet.

Ce formulaire peut contenir des mots que vous ne comprenez pas. Nous vous invitons à communiquer avec le chercheur responsable du projet ou avec un membre de son équipe de recherche pour poser toutes les questions que vous jugerez utiles. Sentez-vous libre de leur demander de vous expliquer tout mot ou renseignement qui n'est pas clair. Prenez tout le temps dont vous avez besoin pour lire et comprendre ce formulaire avant de prendre votre décision.



## Objectifs et résumé du projet de recherche

Les objectifs de ce projet de recherche sont de procéder à la validation du QACP auprès d'un échantillon de psychologues, psychothérapeutes et d'étudiant.e.s en psychologie autorisé.e.s à exercer la psychothérapie. Le QACP cherche à mesurer les aménagements du cadre en psychothérapie dans un contexte de pratique en présentiel et à distance (télépratique). Les aménagements au cadre font référence à toute modification par rapport au cadre initialement convenu (Zachrisson, 2014). Les aménagements au cadre varient en termes de types (assouplissements, transgressions et violations), lesquels se distribuent sur un continuum allant de bénin et souhaitable à grave et délétère. En tant que « gardien » du cadre, le clinicien a la responsabilité d'exercer son jugement clinique afin de déterminer si la modification proposée servira l'intérêt premier du client (Ordre des psychologues du Québec [OPQ], 2008). Or, certains aspects propres à la relation thérapeutique peuvent influencer la réflexion du clinicien. En particulier, l'interaction entre les affects du clinicien (contre-transfert) et sa capacité à intégrer ses états mentaux (mentalisation) joueraient un rôle dans la gestion du cadre (Allen, 2006; Davidtz, 2008; Gabbard, 2016; Hayes et al., 2011; Rizq & Target, 2010). De même, en raison de son caractère relativement nouveau pour plusieurs cliniciens, la télépratique peut poser des défis concernant l'aménagement du cadre. Pour cette raison, le QACP comprend des items qui s'appliquent spécifiquement à la télépratique.

Une fois validé, le QACP pourrait aider les cliniciens à auto-évaluer leur gestion du cadre et à effectuer les réflexions ou changements nécessaires, s'il y a lieu, dans leur pratique. Ce nouvel éclairage sur leur pratique pourrait favoriser le maintien des standards de la profession et la protection du public. Il a donc une visée préventive et d'amélioration continue de la pratique du thérapeute. Dépendamment des besoins, le QACP pourrait être utilisé en complémentarité avec des services de consultation, de supervision ou de formation continue. De même, il pourrait offrir un portrait personnalisé des zones de défis de chacun en matière de gestion du cadre. Leur identification serait alors un premier pas vers une démarche d'amélioration continue de la pratique. Pour le client, une meilleure gestion du cadre favoriserait sa sécurité et les gains thérapeutiques (Gabbard, 2016; Gutheil & Simon, 2002).

## Nature et durée de votre participation

Votre participation à ce projet de recherche consiste à répondre à cinq (5) de questionnaires en ligne pour une durée d'environ 50 minutes. Vous aurez entre autres à répondre à un questionnaire se rapportant à vos comportements et vos affects dans votre pratique générale. Ces questionnaires seront accessibles au bas de la page.

Il vous est proposé de participer à cette recherche puisque vous offrez actuellement des services de psychothérapie de manière autonome ou supervisée (formation universitaire) à au moins deux client.e.s adultes, et ce, pour un minimum de quatre séances pour chacun d'eux.

## Risques et inconvénients

Votre participation à la recherche ne devrait pas comporter d'inconvénients significatifs, si ce n'est le fait de donner de votre temps. Vous pourrez prendre le temps qu'il vous faut pour compléter les questionnaires ou prendre une pause si vous le souhaitez. Il se pourrait que le fait de partager votre expérience vous amène à vous poser des questions quant à votre pratique professionnelle. Ces remises en question peuvent notamment s'accompagner d'un inconfort.



Dans ce cas, nous vous encourageons à recourir à des services de supervision, d'entraide entre collègues (p. ex., intervision, rencontres de co-développement). Nous vous invitons aussi à demander du soutien auprès du comité éthique et processus disciplinaire de l'Association québécoise des psychologues (AQP; 514-353-7555 ou 1-877-353-7555, [apq@spq.qc.ca](mailto:apq@spq.qc.ca)).

Pour tout besoin de clarification par rapport à des questionnements éthiques ou déontologiques, nous vous incitons à contacter Monsieur Denis Houde, psychologue et conseiller à la déontologie de l'Ordre des psychologues du Québec, 514 738-1881 ou 1 800 363-2644 poste 270, [syndic@ordrepsy.qc.ca](mailto:syndic@ordrepsy.qc.ca). À noter que le rôle de M. Houde n'en est pas un de support, mais bien plutôt technique.

### Avantages ou bénéfices

Le fait de participer à cette recherche vous offre une occasion de réfléchir et de discuter en toute confidentialité de votre pratique de la psychothérapie. Votre participation à ce projet de recherche pourrait donc vous amener à effectuer des changements qui seraient bénéfiques pour votre développement professionnel, pour vos relations thérapeutiques et pour le cheminement de vos clients.es et/ou de vos supervisés.es. Il pourrait aussi en découler une meilleure connaissance de vous comme thérapeute.

### Compensation ou incitatif

Aucune compensation d'ordre monétaire n'est accordée.

### Confidentialité

Les données recueillies par cette étude sont entièrement confidentielles et ne pourront en aucun cas mener à votre identification. Votre confidentialité sera assurée en conservant les données recueillies des questionnaires en ligne seront conservées sur un support électronique amovible (disque dur ou clé USB) protégé d'un mot de passe qui sera modifié aux trois mois. Ce support sera lui-même placé sous clé dans un classeur auquel seule la chercheuse principale aura accès. Une copie électronique sera également conservée dans l'ordinateur de la chercheuse principale. Les résultats de la recherche, qui pourront être diffusés sous forme d'articles et d'un essai doctoral, ne permettront pas d'identifier les participants.

Les données recueillies seront conservées dans une base de données protégée par un mot de passe. Les seules personnes qui y auront accès seront la chercheuse principale et les directeurs de ses travaux (Dr. Dominick Gamache et Dre. Julie Maheux). Toutes ces personnes ont signé un engagement à la confidentialité. Les données seront détruites 5 ans après la publication des données. Une fois cette période terminée, les données stockées sur le support électronique seront détruites par le Service de la gestion des documents et des archives (SGDA) de l'UQTR qui est responsable du déchetage. Les données électroniques stockées dans l'ordinateur de la chercheuse principale seront détruites à l'aide du logiciel spécialisé Eraser. Elles ne seront pas utilisées à d'autres fins que celles décrites dans le présent document.

Acceptez-vous que vos données de recherche soient utilisées pour réaliser d'autres projets de recherche portant sur les aménagements du cadre en psychothérapie? Ces projets de recherche seront évalués et approuvés par le Comité d'éthique de la recherche de l'UQTR avant leur réalisation. Vos données de recherche seront conservées de façon sécuritaire sur un support électronique amovible (disque dur ou clé USB) protégé d'un mot de passe qui sera modifié aux trois mois dont seuls les chercheurs principaux





y auront accès. Afin de préserver votre identité et la confidentialité de vos données de recherche, vous ne serez identifié que par un numéro de code. Vos données de recherche seront conservées aussi longtemps qu'elles peuvent avoir une utilité pour l'avancement des connaissances scientifiques. Lorsqu'elles n'auront plus d'utilité, vos données de recherche seront détruites.

Je consens à ce que mes données de recherche soient utilisées à ces conditions : ☐ Oui ☐ Non

### Participation volontaire

Votre participation à cette étude se fait sur une base volontaire. Vous êtes entièrement libre de participer ou non, de refuser de répondre à certaines questions ou de vous retirer en tout temps sans préjudice et sans avoir à fournir d'explications.

### Retrait d'un participant

Comme la passation se fait dans l'anonymat, il sera alors impossible pour vous de faire une demande de retrait des données ni d'obtenir une explication sur la décision de la chercheuse de retirer vos données de participation.

### Responsable de la recherche

Pour obtenir de plus amples renseignements ou pour toute question concernant ce projet de recherche, vous pouvez communiquer avec Katrine Laliberté, chercheuse principale à l'adresse suivante : [Katrine.Laliberte@uqtr.ca](mailto:Katrine.Laliberte@uqtr.ca).

### Surveillance des aspects éthique de la recherche

Cette recherche est approuvée par le comité d'éthique de la recherche avec des êtres humains de l'Université du Québec à Trois-Rivières et un certificat portant le numéro CERPPE-21-02-07.09 a été émis le 2021-11-23.

Pour toute question ou plainte d'ordre éthique concernant cette recherche, vous devez communiquer avec la secrétaire du comité d'éthique de la recherche de l'Université du Québec à Trois-Rivières, par téléphone (819) 376-5011, poste 2129 ou par courrier électronique [CEREH@uqtr.ca](mailto:CEREH@uqtr.ca).

### Engagement de la chercheuse ou du chercheur

Moi, Katrine Laliberté, m'engage à procéder à cette étude conformément à toutes les normes éthiques qui s'appliquent aux projets comportant la participation de sujets humains.

### CONSENTEMENT

En cliquant sur le bouton de participation, vous indiquez

- avoir lu l'information
- être d'accord pour participer

**Oui, j'accepte de participer**



## **Appendice E**

Questionnaire sociodémographique (QSD; Laliberté, 2022)

## QUESTIONNAIRE SOCIODÉMOGRAPHIQUE

- Indiquez votre âge : \_\_\_\_\_
- À quel genre vous identifiez-vous (veuillez cocher une réponse SVP)?
  - ☐ Homme
  - ☐ Femme
  - ☐ Non-binaire
  - ☐ Bispirituel-le
  - ☐ Genre fluide
  - ☐ Genderqueer
  - ☐ En questionnement
  - ☐ Autre
  - ☐ Préfère ne pas répondre
- Quel est votre statut marital? (veuillez cocher une réponse SVP)?
  - ☐ Célibataire
  - ☐ En couple
  - ☐ Marié·e
  - ☐ Séparé·e
  - ☐ Divorcé·e
  - ☐ Veuf·ve
- Quelle est votre origine ethnique (veuillez cocher une ou plusieurs réponses SVP)?
  - ☐ Caucasien
  - ☐ Hispanique/sud-américain
  - ☐ Moyen Orient
  - ☐ Africain/Afro-américain
  - ☐ Asiatique
  - ☐ Premières Nations
  - ☐ Autre (veuillez préciser)
- Quelle est votre profession (veuillez cocher une ou plusieurs réponses SVP)?
  - ☐ Psychologue
  - ☐ Neuropsychologue
  - ☐ Travailleuse social
  - ☐ Psychiatre
  - ☐ Psychoéducateur·trice
  - ☐ Ergothérapeute
  - ☐ Sexologue
  - ☐ Conseiller·ère en orientation
  - ☐ Infirmier·ère
  - ☐ Criminologue
  - ☐ Sexologue
  - ☐ Médecin omnipraticien
  - ☐ Médecin spécialiste (p. ex., psychiatre)
  - ☐ Étudiant·e (veuillez préciser la discipline)
  - ☐ Autre (veuillez préciser la discipline)

- Dans quel(s) milieu(x) exercez-vous actuellement (veuillez cocher une ou plusieurs réponses SVP)?
  - ☐ CISSS/CIUSSS
  - ☐ Pratique privée : milieu de pratique non partagé avec d'autres professionnels
  - ☐ Pratique privée : milieu de pratique partagé avec d'autres professionnels
  - ☐ Pratique privée : bureau à la maison
  - ☐ Milieu collégial ou universitaire
  - ☐ En entreprise
  - ☐ Milieu communautaire
- Quel est votre lieu de pratique actuel? (veuillez cocher une ou plusieurs réponses SVP)?
  - ☐ Urbain (incluant les agglomérations urbaines et les banlieues)
  - ☐ Rural
- Combien d'années d'expérience avez-vous à votre actif (veuillez vous référer au début de votre pratique supervisée comme point de référence)? : \_\_\_\_\_
- Quelle est votre orientation théorique principale (veuillez cocher une réponse SVP)?
 

<input type="radio"/> Cognitive-comportementale	<input type="radio"/> Systémique-interactionnelle
<input type="radio"/> Existentielle-humaniste	<input type="radio"/> Éclectique
<input type="radio"/> Psychodynamique-analytique	<input type="radio"/> Autre
- Quel est votre niveau de familiarité avec les notions de transfert et de contre-transfert (veuillez cocher une réponse SVP)?
 

<input type="radio"/> Très familier.ère	<input type="radio"/> Peu familier.ère
<input type="radio"/> Familier.ère	<input type="radio"/> Pas du tout familier.ère
- De manière générale, quelle est la problématique la plus fréquemment rencontrée par votre clientèle (veuillez cocher une réponse SVP)?
 

<input type="radio"/> Agression sexuelle (victime)	<input type="radio"/> Spiritualité
<input type="radio"/> Cycles de vie	<input type="radio"/> Situations de crise
<input type="radio"/> Dépendances (jeu, Internet, achat compulsif)	<input type="radio"/> Suicide
<input type="radio"/> Deuil	<input type="radio"/> Vieillesse
<input type="radio"/> Dysphorie de genre	<input type="radio"/> Violence (victimes)
<input type="radio"/> Épuisement professionnel	<input type="radio"/> Troubles de la personnalité
<input type="radio"/> Estime de soi	<input type="radio"/> Troubles neurocognitifs
<input type="radio"/> Gestion du stress	<input type="radio"/> Troubles sexuels
<input type="radio"/> Maladies physiques/handicaps	<input type="radio"/> Troubles somatiques
<input type="radio"/> Monoparentalité/famille recomposée	
<input type="radio"/> Orientation sexuelle	
<input type="radio"/> Parentalité	
<input type="radio"/> Problèmes relationnels	
<input type="radio"/> Relations amoureuses	
<input type="radio"/> Séparation/divorce	

- Troubles de l'humeur (bipolarité, cyclothymie)
- Troubles dépressifs (dépression, dysthymie)
- Troubles dissociatifs (de l'identité, amnésie dissociative)
- Troubles du comportement et des impulsions
- Troubles du sommeil (insomnie, hypersomnie, parasomnies)
- Troubles alimentaires (anorexie, boulimie)
- Troubles anxieux (phobie, anxiété généralisée, panique)
- Troubles neurodéveloppementaux (attention, potentiel intellectuel, apprentissage)
- Troubles obsessionnels-compulsifs (TOC, dysmorphie corporelle)
- Troubles paraphiliques (pédophilie, exhibitionnisme)
- Troubles psychotiques (schizophrénie, trouble psychotique bref)
- Troubles liés au stress et au trauma (stress aigu, stress post-traumatique, adaptation)
- Troubles liés à l'usage de substances (intoxication, dépendance, sevrage)
- 
- Êtes-vous supervisé·e actuellement (veuillez cocher une réponse SVP)?
  - Oui
  - Non
- Quel est le nombre d'heures moyen de supervision reçue dans un mois typique?
  - \_\_\_\_\_ heures
- Quelle est la nature de la relation de supervision?
  - Obligatoire dans le contexte d'une formation universitaire
  - Obligatoire dans le contexte d'une sanction d'un ordre professionnel
  - Volontaire (p. ex., perfectionnement professionnel, dossiers complexes)
  - Non applicable
- Indiquez votre niveau d'accord avec les énoncés suivants :
  - Mon superviseur m'aide à identifier les enjeux cliniques pouvant affecter ma gestion du cadre thérapeutique
    - Tout à fait d'accord
    - D'accord
    - En désaccord
    - Tout à fait en désaccord
    - Non applicable
  - Mon superviseur se permet de me donner son avis même s'il diverge du mien
    - Tout à fait d'accord
    - D'accord
    - En désaccord
    - Tout à fait en désaccord
    - Non applicable

- Considérez-vous vivre actuellement des difficultés personnelles (p. ex., maladie, séparation, deuil, difficultés financières)? Veuillez cocher une réponse SVP.
  - ☐ Oui
  - ☐ Non
  
- Si oui, recevez-vous de l'aide à ce sujet? Veuillez cocher une réponse SVP.
  - ☐ Oui
  - ☐ Non
  
- Si oui, indiquez le type d'aide reçue (veuillez cocher une ou plusieurs réponses SVP).
  - ☐ Psychothérapie personnelle, de couple ou familiale
  - ☐ Suivi médical
  - ☐ Soutien de proches (famille et amis)

## **Appendice F**

Questionnaire sur les aménagements au cadre en psychothérapie (QACP)

### *Questionnaire sur les aménagements du cadre en psychothérapie (QACP)*

Pour répondre à ce questionnaire, vous devez être actuellement en suivi psychothérapeutique auprès d'au moins deux (2) clients adultes. Pour chacun de ces suivis, vous devez avoir eu au moins quatre (4) séances de psychothérapie avec chaque client.

**Consigne :** Répondez à ces items en pensant à votre pratique de la psychothérapie auprès d'une clientèle adulte dans la dernière année. Toujours en pensant à votre pratique, identifiez la fréquence des événements ci-dessous selon l'échelle suivante :

- Ceci n'est jamais arrivé
- Pas au cours de la dernière année, mais c'est arrivé avant
- 1 fois dans la dernière année
- 2 fois dans la dernière année
- 3 à 5 fois dans la dernière année
- 6 à 10 fois dans la dernière année
- 11 à 20 fois au cours de la dernière année
- + de 20 fois au cours de la dernière année

	Ceci n'est jamais arrivé	Pas au cours de la dernière année, mais c'est arrivé avant	1 fois dans la dernière année	2 fois dans la dernière année	3 à 5 fois dans la dernière année	6 à 10 fois dans la dernière année	11 à 20 fois au cours de la dernière année	+ de 20 fois au cours de la dernière année
1. Il m'arrive de faire des modifications importantes aux buts et aux tâches de la thérapie sans m'assurer du renouvellement du consentement libre et éclairé 2. Il m'arrive de répondre au téléphone lorsque je suis en séance 3. Il m'arrive de consulter les réseaux sociaux de mes clients 4. Il m'arrive de débiter la thérapie sans être certain que mes clients aient bien compris les objectifs 5. Il m'arrive de ne pas savoir à l'avance combien de temps une séance va durer 6. Il m'arrive de chercher à séduire mes clients 7. Il m'arrive de questionner mes clients sur certains aspects de leur vie personnelle qui ne sont pas en lien avec les objectifs thérapeutiques 8. Il m'arrive de décider d'allonger la séance en cours de manière significative 9. Il m'arrive de demander des conseils à mes clients (p. ex., financiers) 10. Il m'arrive de modifier la fréquence des séances en dehors d'un contexte de crise 11. Il m'arrive de sacrer ou de jurer en présence de mes clients 12. Il m'arrive de communiquer mes hypothèses diagnostiques à mes clients sans qu'elles soient suffisamment appuyées								



<p>13. Il m'arrive de faire varier, d'une séance à l'autre, la durée de la rencontre de façon significative (p. ex., 5 minutes et plus)</p> <p>14. Il m'arrive de me présenter à une séance alors que je ne suis pas disposé sur le plan psychologique</p> <p>15. Il m'arrive de décider d'écourter la séance en cours</p> <p>16. Il m'arrive d'accepter des références pour des suivis psychologiques provenant du réseau social ou familial de mes clients</p> <p>17. Il m'arrive de clore une séance sans m'assurer d'en avoir respecté la durée prévue</p> <p>18. Il m'arrive d'offrir un cadeau de plus de 30\$ à mes clients</p> <p>19. Il m'arrive de me présenter à une séance alors que je ne suis pas disposé sur le plan physique</p> <p>20. Il m'arrive de remettre à plus tard mes retours d'appel</p> <p>21. Il m'arrive de prolonger la séance lorsque mes clients arrivent en retard</p> <p>22. Il m'arrive de faire la bise à mes clients</p> <p>23. Il m'arrive de modifier les modalités d'intervention sans en avoir discuté préalablement</p> <p>24. Il m'arrive de transmettre des informations confidentielles sans avoir obtenu un accord préalable</p> <p>25. Il m'arrive de dire à mes clients que j'éprouve de l'affection pour eux</p> <p>26. Il m'arrive de me présenter en retard à une séance</p> <p>27. Il m'arrive de modifier les honoraires en cours de thérapie (p. ex., sans en aviser le client)</p> <p>28. Il m'arrive de ne pas intervenir face aux menaces verbales, physiques ou légales envers ma propre personne, ma famille ou ma propriété</p>								
--	--	--	--	--	--	--	--	--

<p>29. Il m'arrive d'accepter que mes clients ne paient pas les honoraires d'une séance</p> <p>30. Il m'arrive de briser la confidentialité qui me lie à mes clients sans avoir été tenu de le faire par la Loi (p. ex., conversations informelles entre collègues)</p> <p>31. Il m'arrive de dispenser une séance gratuitement à mes clients en échange de services rendus de leur part (p. ex., entretien ménager, secrétariat, garde d'enfants, etc.)</p> <p>32. Il m'arrive d'accepter un cadeau de plus de 30\$ de la part de mes clients</p> <p>33. Il m'arrive de répondre à des courriels ou à des messages textes pendant une séance</p> <p>34. Il m'arrive d'accepter que mes clients paient leurs honoraires en retard sans entente préalable</p> <p>35. Il m'arrive de poser ma main sur l'épaule de mes clients</p> <p>36. Il m'arrive de ne pas discuter avec mes clients du fait qu'ils aient dérogé aux modalités convenues</p> <p>37. Il m'arrive de dispenser une séance dans le cadre d'un repas partagé (p. ex., au restaurant)</p> <p>38. Il m'arrive de poser ma main sur celle de mes clients</p> <p>39. Il m'arrive de rechercher des informations confidentielles à propos de mes clients sans avoir obtenu leur accord préalable</p> <p>40. Il m'arrive de tutoyer mes clients alors que j'avais pris l'habitude de les vouvoyer</p> <p>41. Il m'arrive de dispenser une séance de thérapie en-dehors de mon lieu de pratique habituelle (p. ex., chambre d'hôpital, domicile du client, etc.)</p> <p>42. Il m'arrive d'offrir un cadeau de moins de 10\$ à mes clients</p> <p>43. Il m'arrive de répondre à des questions de mes clients concernant ma vie personnelle</p>								
---	--	--	--	--	--	--	--	--

44. Il m'arrive de faire des transactions financières avec mes clients autres que le paiement des séances								
45. Il m'arrive de serrer mes clients dans mes bras								
46. Il m'arrive de dispenser une thérapie gratuitement alors que des honoraires sont habituellement perçus								
47. Il m'arrive de parler de mes problèmes personnels avec mes clients								
48. Il m'arrive de dispenser une séance de thérapie à tarif réduit								
49. Il m'arrive de m'emporter envers mes clients								
50. Il m'arrive de complimenter mes clients sur leur physique								
51. Il m'arrive de ne pas aborder l'agressivité de mes clients à mon égard (p. ex., dénigrement, insultes, etc.)								
52. Il m'arrive de ne pas aborder les menaces d'automutilation ou de suicide de mes clients								
53. Il m'arrive de ne pas aborder les retards de mes clients								
54. Il m'arrive de tolérer les propos discriminatoires de mes clients à mon égard (p. ex., remarques racistes, sexistes, etc.).								
55. Il m'arrive de ne pas aborder l'état d'ébriété ou de consommation de mes clients en séance alors qu'il est manifeste								
56. Il m'arrive de prolonger la durée de la séance à la demande de mes clients								
57. Il m'arrive de facturer des honoraires plus élevés à certains clients par rapport à d'autres								
58. Il m'arrive de présenter mes clients à un ou plusieurs de mes proches								
59. Il m'arrive de parler à mes clients de mes autres clients								
60. Il m'arrive de rendre visite à mes clients en dehors du contexte de la thérapie								

61. Il m'arrive de faire des allusions sexuelles en présence de mes clients 62. Il m'arrive de ne pas aborder les rendez-vous manqués de mes clients 63. Il m'arrive d'inviter mes clients à une activité sociale 64. Il m'arrive d'accepter de voir mes clients à des plages horaires qui sont inhabituelles pour moi 65. Il m'arrive de ne pas discuter des retards de paiement de mes clients 66. Il m'arrive de dire à certains de mes clients que je les préfère à d'autres clients 67. Il m'arrive de parler avec mes clients de sujets non reliés à la thérapie (p. ex., actualité, météo, etc.) une fois la séance terminée 68. Il m'arrive d'oublier de me présenter à une séance 69. Il m'arrive de poser des gestes séducteurs auprès de mes clients 70. Il m'arrive de déconseiller à mes clients d'aller consulter un autre professionnel de la santé mentale 71. Il m'arrive de dire à mes clients que l'on pourrait être des amis après la thérapie 72. Il m'arrive de ne pas me présenter à une séance, et ce, sans préavis 73. Il m'arrive d'emprunter de l'argent à mes clients 74. Il m'arrive de toucher certaines parties du corps de mes clients parmi les suivantes : cou, cuisse, fesses, seins et parties génitales 75. Il m'arrive de regarder l'horloge plus souvent avec certains clients que je ne le fais habituellement 76. Il m'arrive de faire des remarques irrespectueuses en présence de mes clients								
---	--	--	--	--	--	--	--	--

77. Il m'arrive de rémunérer mes clients pour un service rendu (p. ex., travaux manuels ou ménagers, tâches administratives, garde d'enfants, etc.)								
78. Il m'arrive d'embrasser mes clients sur les lèvres								
79. Il m'arrive d'offrir à mes clients de les reconduire quelque part après la séance								
80. Il m'arrive d'accepter un cadeau de moins de 10\$ de mes clients								
81. Il m'arrive de prendre en charge des clients que j'ai connus préalablement dans un autre contexte (p. ex., social, familial, etc.)								
82. Il m'arrive d'avoir des éléments distinctifs personnels dans le lieu où je reçois mes clients (p. ex., photos de famille, livres personnels, trophées ou certifications non reliées à ma profession)								
83. Il m'arrive d'avoir une relation amicale ou amoureuse avec un proche d'un client pendant la thérapie								
84. Il m'arrive d'entretenir une relation d'amitié avec un ou plusieurs clients pendant la thérapie								
85. Il m'arrive d'entretenir une relation d'amitié avec un ou plusieurs anciens clients dont le suivi est terminé								
86. Il m'arrive de faire affaire avec un ou plusieurs anciens clients dont le suivi est terminé								
87. Il m'arrive d'entretenir une relation amoureuse avec un ou plusieurs anciens clients dont le suivi est terminé								
88. Il m'arrive d'entretenir une relation amoureuse avec un ou plusieurs clients pendant la thérapie								
89. Il m'arrive d'avoir une relation sexuelle avec un ou plusieurs anciens clients dont le suivi est terminé								
90. Il m'arrive d'avoir une relation sexuelle avec un ou plusieurs clients pendant la thérapie								

<p>91. Il m'arrive de consulter mes réseaux sociaux, mes courriels, mes messages textes ou de naviguer sur Internet pendant que je suis en séance avec un ou plusieurs clients</p> <p>92. Il m'arrive d'effectuer certaines tâches non reliées à la thérapie pendant mes séances avec un ou plusieurs clients (p. ex., préparer une liste d'épicerie, faire du ménage, etc.)</p> <p>93. Il m'arrive de constater qu'un client est distrait par autre chose et de ne pas l'aborder avec lui</p> <p>94. Il m'arrive de ne pas vérifier si un client se trouve dans un endroit propice à une séance de thérapie, c'est-à-dire calme et isolé</p> <p>95. Il m'arrive de ne pas être certain.e que les séances avec un ou plusieurs clients soient réellement confidentielles (p. ex., une autre personne présente à la maison du thérapeute et n'a pas été avertie qu'il ou elle est en séance)</p> <p>96. Il m'arrive de ne pas vérifier où et avec qui un client se trouve au moment de nos séances</p> <p>97. Il m'arrive d'effectuer mes séances avec un ou plusieurs clients en dehors de mon bureau (p. ex., salon, cuisine, salle d'employés, etc.)</p> <p>98. Il m'arrive de faire des séances avec un ou plusieurs clients avec un ordinateur partagé avec des membres de ma famille sans que mes accès soient protégés adéquatement</p> <p>99. Il m'arrive de m'habiller de manière décontractée lorsque je suis en séance avec un client</p> <p>100. Il m'arrive de me faire interrompre lors de mes séances avec un client par une personne présente dans mon environnement (p. ex., collègue, conjoint.e, enfants, etc.)</p> <p>101. Il m'arrive de tenir pour acquis la pertinence d'une téléthérapie pour un ou plusieurs clients, sans en évaluer les enjeux potentiels</p>								
---	--	--	--	--	--	--	--	--

<p>102. Il m'arrive de constater qu'un client mange, fume ou boit pendant les séances et de ne pas l'aborder avec lui</p> <p>103. Il m'arrive d'oublier d'éteindre la sonnerie de mon téléphone, de désactiver les notifications de mon ordinateur ou toute autre distraction de ce type</p> <p>104. Il m'arrive de ne pas m'assurer systématiquement d'être dans un endroit propice à la téléthérapie</p> <p>105. Il m'arrive de communiquer avec un ou plusieurs clients via les réseaux sociaux (p. ex., Facebook, Instagram, Snapchat, TikTok, etc.) ou par des systèmes de messagerie instantanée (p. ex., Facebook Messenger)</p> <p>106. Il m'arrive de communiquer avec un ou plusieurs clients à des heures qui sont inhabituelles pour moi (p. ex., en soirée, la nuit, la fin de semaine ou lors de journées de congé/vacances)</p> <p>107. Il m'arrive d'utiliser des émoticônes ou des émojis lorsque je communique avec un ou plusieurs clients par écrit</p> <p>108. Il m'arrive d'utiliser des acronymes ou des abréviations lorsque je communique avec un ou plusieurs clients par écrit</p> <p>109. Il m'arrive de répondre aux courriels d'un ou plusieurs clients en priorité, et ce, en dehors des périodes de crise</p>								
---	--	--	--	--	--	--	--	--

## **Appendice G**

Échelle de désirabilité sociale de Crowne-Marlowe (EDSCM; Crowne & Marlowe, 1960), traduction française par Blais et al. (1991)



## Annexe H : Échelle de désirabilité sociale de Crowne-Marlowe

Voici une liste d'énoncés portant sur les attitudes personnelles et les traits de caractère. Lisez attentivement chaque énoncé et indiquez s'il est vrai ou faux, en ce qui vous concerne.

- |  |                            |                            |
|--|----------------------------|----------------------------|
| 1. Avant d'aller voter, je vérifie les qualifications de tous les candidats.   | <input type="checkbox"/> V | <input type="checkbox"/> F |
| 2. Je n'hésite jamais à faire un effort particulier pour aider quelqu'un.  | <input type="checkbox"/> V | <input type="checkbox"/> F |
| 3. Je trouve parfois difficile de faire mon travail si je ne suis pas encouragé(e).  | <input type="checkbox"/> V | <input type="checkbox"/> F |
| 4. Je n'ai jamais vraiment détesté quelqu'un.  | <input type="checkbox"/> V | <input type="checkbox"/> F |
| 5. À l'occasion, j'ai eu des doutes sur ma capacité de réussir dans la vie.  | <input type="checkbox"/> V | <input type="checkbox"/> F |
| 6. Je suis parfois irrité(e) si je n'arrive pas à mes fins.  | <input type="checkbox"/> V | <input type="checkbox"/> F |
| 7. Je porte toujours une attention particulière à la façon dont je m'habille.  | <input type="checkbox"/> V | <input type="checkbox"/> F |
| 8. Mes manières à tables sont identiques que je sois à la maison ou au restaurant.   | <input type="checkbox"/> V | <input type="checkbox"/> F |
| 9. Si je pouvais entrer au cinéma sans payer et être certain(e) que personne ne me voit, je le ferais probablement.              | <input type="checkbox"/> V | <input type="checkbox"/> F |
| 10. Il m'est arrivé de renoncer à ce que j'avais entrepris parce que je ne croyais pas avoir les capacités nécessaires.          | <input type="checkbox"/> V | <input type="checkbox"/> F |
| 11. J'aime faire des commérages quelques fois.   | <input type="checkbox"/> V | <input type="checkbox"/> F |
| 12. Quelques fois, j'ai eu envie de me rebeller contre des gens qui exercent l'autorité même si je savais qu'ils avaient raison. | <input type="checkbox"/> V | <input type="checkbox"/> F |
| 13. Peu importe avec qui je converse, je sais toujours bien écouter.   | <input type="checkbox"/> V | <input type="checkbox"/> F |
| 14. Je me rappelle avoir déjà fait semblant d'être malade pour échapper à une situation.   | <input type="checkbox"/> V | <input type="checkbox"/> F |

15. Il m'est déjà arriver de profiter de quelqu'un.	<input type="checkbox"/> V	<input type="checkbox"/> F
16. Lorsque je fais une erreur, je suis toujours prêt(e) à l'admettre.	<input type="checkbox"/> V	<input type="checkbox"/> F
17. J'essaie toujours de faire ce que je dis.	<input type="checkbox"/> V	<input type="checkbox"/> F
18. Je ne trouve pas particulièrement difficile de m'entendre avec des gens qui parlent fort et qui sont détestables.	<input type="checkbox"/> V	<input type="checkbox"/> F
19. J'essaie parfois de me venger plutôt que de pardonner et d'oublier.	<input type="checkbox"/> V	<input type="checkbox"/> F
20. Lorsque je ne sais pas quelque chose, cela ne me dérange pas de l'admettre.	<input type="checkbox"/> V	<input type="checkbox"/> F
21. Je suis toujours courtois(e), même envers les gens qui sont désagréables.	<input type="checkbox"/> V	<input type="checkbox"/> F
22. Il m'est arrivé de vraiment insister pour faire les choses à ma façon.	<input type="checkbox"/> V	<input type="checkbox"/> F
23. Il m'est arrivé d'avoir le goût de casser quelque chose.	<input type="checkbox"/> V	<input type="checkbox"/> F
24. Je ne penserais jamais à laisser quelqu'un être puni à ma place pour des fautes que j'ai commises.	<input type="checkbox"/> V	<input type="checkbox"/> F
25. Je ne suis jamais contrarié(e) lorsqu'on me demande de remettre une faveur à quelqu'un.	<input type="checkbox"/> V	<input type="checkbox"/> F
26. Je n'ai jamais été contrarié(e) lorsque des gens ont exprimé des idées très différentes des miennes.	<input type="checkbox"/> V	<input type="checkbox"/> F
27. Je n'entreprends jamais de grands voyages sans vérifier si ma voiture est en bon état.	<input type="checkbox"/> V	<input type="checkbox"/> F
28. Il m'est arrivé d'être assez jaloux(se) du bonheur des autres.	<input type="checkbox"/> V	<input type="checkbox"/> F
29. Je n'ai presque jamais ressenti le besoin de réprimander quelqu'un.	<input type="checkbox"/> V	<input type="checkbox"/> F
30. Je suis parfois irrité(e) lorsque des gens me demandent des faveurs.	<input type="checkbox"/> V	<input type="checkbox"/> F
31. Je n'ai jamais senti qu'on m'avait puni(e) sans raison.	<input type="checkbox"/> V	<input type="checkbox"/> F

32. Il m'arrive parfois de penser que les gens qui vivent un malheur ont tout simplement ce qu'ils méritent. ☐ V ☐ F
33. Je n'ai jamais dit délibérément quelque chose qui pouvait blesser quelqu'un. ☐ V ☐ F

Tiré de : Blais, Lachance et Riddle (1991).

**Appendice H**  
*Feeling Word Checklist 58* (FWC-58; Røssberg et al., 2003),  
traduction française par Lapointe (2017)

## FEELING WORD CHECKLIST 58

**Consigne :** Quand je suis en séance avec le/la patient(e) numéro :

Je me sens ou sens : ...

*Veuillez répondre à chacun des items selon l'échelle suivante :*

**0 = PAS DU TOUT    1 = UN PEU    2 = MODÉRÉMENT    3 = BEAUCOUP    4 = VRAIMENT BEAUCOUP**

1. Utile	0	1	2	3	4	30. Frustré(e)	0	1	2	3	4
2. Content(e)	0	1	2	3	4	31. Que j'en ai assez	0	1	2	3	4
3. Fâché(e)	0	1	2	3	4	32. Peu sûr(e) de moi	0	1	2	3	4
4. Enthousiaste	0	1	2	3	4	33. Important(e)	0	1	2	3	4
5. Anxieux/se	0	1	2	3	4	34. Rejeté(e)	0	1	2	3	4
6. Solide	0	1	2	3	4	35. Empathique	0	1	2	3	4
7. Manipulé(e)	0	1	2	3	4	36. Sur mes gardes	0	1	2	3	4
8. Détendu(e)	0	1	2	3	4	37. *Avoir réussi	0	1	2	3	4
9. Prudent(e)	0	1	2	3	4	38. Biaisé(e)	0	1	2	3	4
10. Déçu(e)	0	1	2	3	4	39. Stupide	0	1	2	3	4
11. Indifférent(e)	0	1	2	3	4	40. Confiant(e)	0	1	2	3	4
12. Affectueux/se	0	1	2	3	4	41. *Attentionné(e)	0	1	2	3	4
13. Méfiant(e)	0	1	2	3	4	42. Admiré(e)	0	1	2	3	4
14. Compatissant(e)	0	1	2	3	4	43. En plein contrôle	0	1	2	3	4
15. Pas aimé(e)	0	1	2	3	4	44. *Mauvais(e)	0	1	2	3	4
16. Surpris(e)	0	1	2	3	4	45. *Attaqué(e)	0	1	2	3	4
17. *Fatigué(e)	0	1	2	3	4	46. Intelligent(e)	0	1	2	3	4
18. Menacé(e)	0	1	2	3	4	47. Vide	0	1	2	3	4
19. Réceptif/ve	0	1	2	3	4	48. Sans importance	0	1	2	3	4
20. Objectif/ve	0	1	2	3	4	49. Ébranlé(e)	0	1	2	3	4
21. Submergé(e)	0	1	2	3	4	50. Calme	0	1	2	3	4
22. Ennuyé(e)	0	1	2	3	4	51. Impuissant(e)	0	1	2	3	4
23. Maternant(e)	0	1	2	3	4	52. Coupable	0	1	2	3	4
24. Confus(e)	0	1	2	3	4	53. *«Englouti(e)»	0	1	2	3	4
25. Embarrassé(e)	0	1	2	3	4	54. Attentif/ve	0	1	2	3	4
26. Intéressé(e)	0	1	2	3	4	55. Dominant	0	1	2	3	4
27. Distant(e)	0	1	2	3	4	56. *Déprécié(e)	0	1	2	3	4
28. Triste	0	1	2	3	4	57. Contrôlé(e)	0	1	2	3	4
29. *Incompétent(e)	0	1	2	3	4	58. *Avoir une bonne					
						vue d'ensemble	0	1	2	3	4

## **Appendice I**

*Mentalization Scale* – version francophone (MentS; Dimitrijević et al., 2018), traduction française de Morin et Meilleur (2018)

**Mentalization Scale (MentS) – Version francophone**  
(Dimitrijević, Hanak, Altaras Dimitrijević et Jolić Marjanović, 2017; Morin et Meilleur, 2018)

Ce questionnaire porte sur la façon dont tu réfléchis à propos de tes émotions, de tes pensées et de tes actions, ainsi que celles des autres. Lis attentivement chaque énoncé et indique ton degré d'accord avec chacun d'entre eux en encerclant qu'une seule réponse dans la colonne de droite.

	(1) Totalement faux	(2) Modérément faux	(3) À la fois vrai et faux	(4) Modérément vrai	(5) Totalement vrai
1. Je trouve qu'il est important de comprendre les raisons de mon comportement.	1	2	3	4	5
2. J'observe soigneusement ce que les autres disent et font lorsque j'émet des conclusions quant à leurs traits de personnalité.	1	2	3	4	5
3. Je peux reconnaître les sentiments des autres.	1	2	3	4	5
4. Je pense souvent aux autres et à leur comportement.	1	2	3	4	5
5. Je peux généralement identifier ce qui rend les autres inquiets.	1	2	3	4	5
6. Je peux compatir avec les sentiments des autres.	1	2	3	4	5
7. Lorsque quelqu'un m'agace, j'essaie de comprendre pourquoi je réagis de cette façon.	1	2	3	4	5
8. Lorsque je suis contrarié(e), je suis incertain(e) si je suis triste, si j'ai peur ou si je suis en colère.	1	2	3	4	5
9. Je n'aime pas perdre mon temps à essayer de comprendre en détails le comportement des autres.	1	2	3	4	5
10. Je peux faire de bonnes prédictions du comportement des autres lorsque je connais leurs croyances et leurs sentiments.	1	2	3	4	5
11. Souvent, je ne peux pas expliquer, même à moi-même, pourquoi j'ai agi d'une certaine façon.	1	2	3	4	5
12. Parfois, je peux comprendre le sentiment qu'éprouve quelqu'un d'autre avant qu'il/elle me le dise.	1	2	3	4	5
13. Je trouve qu'il est important de comprendre ce qui se passe dans ma relation avec les gens dont je suis proche.	1	2	3	4	5
14. Je ne veux pas découvrir quelque chose à propos de moi-même que je n'aimerais pas.	1	2	3	4	5
15. Il faut connaître les pensées, les désirs et les sentiments de quelqu'un d'autre pour comprendre son comportement.	1	2	3	4	5
16. Je parle fréquemment des émotions avec les gens dont je suis proche.	1	2	3	4	5
17. J'aime lire des livres et des articles de journaux portant sur des sujets reliés à la psychologie.	1	2	3	4	5
18. Je trouve difficile de m'avouer quand je suis triste, blessé(e) ou que j'ai peur.	1	2	3	4	5
19. Je n'aime pas penser à mes problèmes.	1	2	3	4	5
20. Je peux décrire en précision et avec détails des traits significatifs chez les gens dont je suis proche.	1	2	3	4	5
21. Je suis souvent confus vis-à-vis mes sentiments exacts.	1	2	3	4	5
22. Il m'est difficile de trouver les mots adéquats pour décrire mes sentiments.	1	2	3	4	5
23. Les gens me disent que je les comprends et que je leur donne de bons conseils.	1	2	3	4	5
24. Je me suis toujours intéressé(e) aux raisons pourquoi les gens agissaient de certaines manières.	1	2	3	4	5

25. Je peux facilement décrire ce que je ressens.	1	2	3	4	5
26. Je m'égare dans mes pensées lorsque les autres parlent de leurs sentiments et de leurs besoins.	1	2	3	4	5
27. Il est inutile de s'interroger sur les intentions et les désirs des autres puisque nous dépendons tous de circonstances de vie.	1	2	3	4	5
28. L'une des choses les plus importantes que les enfants devraient apprendre est l'expression de leurs sentiments et de leurs désirs.	1	2	3	4	5