

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC

MÉMOIRE PRÉSENTÉ À
L'UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES

COMME EXIGENCE PARTIELLE
DE LA MAÎTRISE EN PSYCHOLOGIE

PAR
JOCELYNE MILETTE

ÉTUDE DE LA FIDÉLITÉ DU «THERAPIST STYLE INVENTORY» ET DE
SON ADAPTATION FRANÇAISE AUPRÈS D'ÉTUDIANTS
UNIVERSITAIRES FRANCOPHONES

MAI 1999

Université du Québec à Trois-Rivières

Service de la bibliothèque

Avertissement

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

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 ou cette thèse. Notamment, la reproduction ou la publication de la totalité ou d'une partie importante de ce mémoire ou de cette thèse requiert son autorisation.

Sommaire

L'intérêt des praticiens et des théoriciens de l'intervention psychologique face à la prolifération des approches thérapeutiques, depuis les années soixante, a évolué vers une orientation éclectique. Les psychothérapeutes sont intervenus de leur propre initiative en ajoutant, de façon plus ou moins cohérente, à leurs approches thérapeutiques, différentes stratégies et techniques prises à d'autres orientations. L'évolution s'est faite vers des modèles éclectiques systématiques (Garfield, 1986 ; Howard, Nance, & Myers, 1986 ; Lazarus, 1976 ; Prochaska & DiClemente, 1986) qui sélectionnent une approche thérapeutique particulière pour répondre aux besoins du client (Held, 1991 ; Norcross, 1997). Howard, Nance et Myers (1987), dans leur volume « *Adaptative counseling and therapy : A systematic approach to selecting effective treatments* » proposent une intégration du style d'intervention approprié au degré d'ouverture au changement du client et introduisent un instrument qui permet de mesurer l'adaptabilité, flexibilité et style préférentiel du thérapeute. Dans le domaine de la psychothérapie, plusieurs tentent de considérer simultanément l'évaluation des variables du client, du thérapeute et du processus thérapeutique (Anderson & Tracey, 1995). Toutefois, les chercheurs se butent à la carence de mesures en rapport avec le style préférentiel qu'un thérapeute parvient à préciser dans sa pratique. La documentation scientifique, américaine et francophone, ne fait état d'aucun instrument validé permettant de dégager le style préférentiel du thérapeute. L'actuelle étude vise à combler cette lacune en vérifiant les qualités psychométriques du *Therapist Style Inventory* (TSI) (Howard, Nance, & Myers, 1986) et de son adaptation française appelée *Inventaire du Style d'Intervention* (ISI). Pour la version

originale anglaise, 337 participants (72 hommes et 265 femmes) inscrits au cours « Introduction au programme de baccalauréat en psychologie » à l'Université du Québec à Trois-Rivières ont complété en classe le questionnaire. Pour aider ceux aux prises avec des difficultés en langue anglaise, le professeur traduisait à haute voix les items du questionnaire. Ces mêmes participants sont retestés trois ans plus tard. De ce groupe, 107 (20 hommes et 87 femmes) sont retenus dans le cours de « Relation d'aide auprès de l'adulte II » et « Relation d'aide auprès de l'âgé II », mais cette fois dans une version française (ISI). Une analyse préliminaire des 337 protocoles du pré-test permet de mettre au point l'instrument utilisé dans la présente recherche afin de vérifier les trois hypothèses de travail. Pour mesurer la fidélité du TSI et celle de son adaptation française, la consistance interne et la stabilité temporelle sont vérifiées. Les résultats obtenus de ces analyses permettent d'affirmer que le test laisse beaucoup de doutes sur sa qualité au plan psychométrique. De plus, la vérification des changements dans le style d'intervention des étudiants entre le début et la fin du baccalauréat s'est révélée significative en majeure partie. Un tel instrument semble utile et prometteur au plan clinique et scientifique. Pour ce faire, il faudrait qu'un nouvel instrument soit construit et réponde aux normes psychométriques afin de rendre plus fiable la vérification des hypothèses explorées dans la présente étude.

Table des matières

Sommaire.....	ii
Liste des tableaux.....	vii
Liste des figures.....	viii
Remerciements.....	ix
Introduction.....	1
Chapitre 1 : Contexte théorique.....	5
Diversité des approches psychothérapeutiques.....	6
Regroupement des approches psychothérapeutiques aux fins de présentation.....	7
Regroupement autour de pensées philosophiques.....	8
Regroupement autour de théories majeures.....	10
Regroupement des techniques en fonction d'un diagnostic.....	17
Regroupement des approches psychothérapeutiques aux fins d'intégration....	20
Thérapie Multimodale (TMM) (Lazarus, 1976, 1995).....	22
Psychothérapie Béhavioriste (PB) (Fensterheim & Glazer, 1983)....	25
Counseling et Thérapie Adaptatifs (CTA) (Howard, Nance, & Myers, 1987).....	27

Mesure des biais du psychothérapeute dans le choix d'un style d'intervention.....	33
<i>Therapist Style Inventory (TSI)</i> (Howard, Nance, & Myers, 1987).....	35
Hypothèses.....	40
Chapitre 2 : Méthode.....	42
Participants.....	43
Déroulement.....	44
Étapes préliminaires afin d'obtenir une grille de compilation optimale des réponses (item) aux 12 situations du TSI.....	45
Chapitre 3 : Présentation des résultats.....	52
Analyse des données.....	53
Présentation des résultats.....	55
Chapitre 4 : Discussion.....	65
Consistance interne et validité apparente.....	66
Faiblesse des corrélations test-retest.....	69
Formation en psychologie et style d'intervention.....	70
Valeurs des étudiants et complétude du baccalauréat en psychologie.....	73
Conclusion.....	78
Références.....	82
Appendice A.....	90
Appendice B.....	104

Appendice C.....	119
Appendice D.....	121

Liste des tableaux

Tableau 1	Fréquence et pourcentage des réponses obtenues pour chacun des items des quatre échelles ($N = 337$)	47
Tableau 2	Coefficients de corrélation item-échelle des items pour les échelles styles S1, S2, S3 et S4.....	48
Tableau 3	Coefficients de corrélation item-échelle et consistance interne des échelles du test original (TSI) et de l'adaptation française (ISI), 3 ans plus tard ($n = 107$).....	57
Tableau 4	Consistance interne des échelles du test original (TSI) ($N = 337$ et $n = 107$) et de l'adaptation française (ISI) ($n = 107$).....	60
Tableau 5	Stabilité temporelle (test-retest) entre les résultats des étudiants au test original (TSI) et de l'adaptation française (ISI), 3 ans plus tard.....	62
Tableau 6	Comparaison de moyennes entre les scores des étudiants obtenus au test original (TSI) et les scores obtenus au test adapté (ISI), 3 ans plus tard ($n = 107$).....	63
Tableau 7	L'attrait relatif des échelles de l' <i>Inventaire du Style d'Intervention</i> (ISI) au début et à la fin du baccalauréat en psychologie ($n = 107$)....	72
Tableau 8	L'attrait relatif des échelles de l' <i>Inventaire du Style d'Intervention</i> (ISI) pour les étudiants qui étaient absents et présents au cours de « Relation d'aide II », 3 ans plus tard.....	75

Liste des figures

Figure 1 Styles d'intervention du thérapeute (S) et degré d'ouverture au changement du client (OC) présentés par Howard, Nance et Myers (1986).....	29
Figure 2 Grille de correction originale présentée par Howard, Nance et Myers (1986).....	50
Figure 3 Grille de correction suite à l'analyse des corrélations item-échelle.....	51
Figure 4 Illustration de l'attrait relatif des divers styles d'intervention des absents, des présents au début et à la fin du baccalauréat en psychologie.....	76

Remerciements

L'auteure désire exprimer sa reconnaissance à son directeur de mémoire, M. Richard Hould, Ph. D., professeur au Département de psychologie de l'Université du Québec à Trois-Rivières, pour sa disponibilité et la patience dont il a fait preuve tout au long de la rédaction de ce mémoire.

Introduction

Face aux différentes approches thérapeutiques, les auteurs suggèrent plusieurs systèmes de classification. Certains, comme Rychlak (1981), s'appuient sur l'orientation philosophique des approches selon qu'elles s'inspirent de Locke (1632-1704) ou de Kant (1724-1804). D'autres s'inspirent de l'histoire des théories de la personnalité et de la psychothérapie. Par exemple, Corsini et Wedding (1995) ainsi que Bergin et Garfield (1994) proposent un regroupement selon les principaux courants de la psychologie traditionnelle : psychanalyse, centrée sur la personne, comportementale, cognitive, existentielle.

Par ailleurs, Nathan et Gorman (1998), proposent un regroupement des thérapies autour de syndromes spécifiques : hyperactivité, troubles des conduites, abus de substance, schizophrénie, dépression unipolaire et bipolaire, troubles anxieux et trouble obsessionnel-compulsif. Ces manières de procéder impliquent, et c'est là leur faiblesse, d'une part, que les thérapeutes agissent de la même façon avec tous leurs clients et d'autre part, que les clients (p. ex., les phobiques) constituent une population homogène et doivent répondre de façon positive à une technique particulière.

Pour pallier à cette faiblesse, Howard, Nance et Myers (1987 ; Nance, 1995) proposent une classification des styles de thérapies qui repose sur les attitudes du thérapeute. Ils évaluent ces attitudes à l'aide de deux dimensions : la directivité et le support. La combinaison des deux dimensions permet de définir quatre styles d'intervention, cha-

cun correspondant à un prototype. Ces styles devraient varier en fonction du « degré d'ouverture au changement » (OC) (*level of readiness*) du client.

De plus, Howard, Nance et Myers (1986, 1987) présentent un instrument, *Therapist Style Inventory* (TSI), permettant aux thérapeutes de préciser leur style préférentiel. Actuellement, les études disponibles ne permettent pas de préciser les qualités psychométriques du test original anglais. De plus, il existe très peu d'instruments qui évaluent plus spécifiquement l'introspection du thérapeute face à son acte thérapeutique. Par conséquent, cette recherche constitue une étape exploratoire. Elle procède à la vérification des qualités psychométriques du test original du TSI (Howard, Nance, & Myers, 1986) et de son adaptation française appelée *Inventaire du Style d'Intervention* (ISI). De ce fait, elle répond à une demande dans le domaine de la psychothérapie à l'effet de développer de tels instruments.

Pour bien comprendre la problématique de la classification des approches psychothérapeutiques, le premier chapitre présente le contexte théorique qui comprend les différentes façons de regrouper les approches psychothérapeutiques et l'inventaire des tests les plus souvent utilisés pour évaluer les préférences thérapeutiques des intervenants. Cette revue de documentation conduit à l'objectif de la présente recherche qui est de préciser les qualités psychométriques du test original du TSI (Howard, Nance, & Myers, 1986) et de son adaptation française appelée *Inventaire du Style d'Intervention* (ISI). Ce chapitre présente l'instrument de mesure utilisé et se termine par la présenta-

tion de trois hypothèses de travail permettant de réaliser les étapes de la vérification des qualités psychométriques de ces deux instruments. Le deuxième chapitre décrit la méthode expérimentale. Il présente les participants et le déroulement de l'expérience. Il se termine par la description des étapes poursuivies afin d'obtenir la grille finale de correction. Le troisième chapitre expose l'analyse des données et la présentation des résultats. Le quatrième chapitre, portant sur la discussion, aborde quatre questions fondamentales sur le thème de cette recherche. Finalement, la conclusion rappelle les démarches de cette étude et en souligne les intérêts.

Chapitre I

Contexte théorique

Diversité des Approches Psychothérapeutiques

Depuis les quatre dernières décennies, nous assistons à un accroissement du nombre d'approches thérapeutiques. En 1959, Harper compte 36 orientations de psychothérapie. En 1976, Parloff note plus de 130 différentes formes de psychothérapie. Quelques années plus tard, Herink (1980) identifie au-delà de 250 approches. Corsini (1995) rapporte qu'il y a probablement plus de 400 variétés de psychothérapie. Patterson et Watkins (1996) justifient cette hausse rapide de la diversité des théories de la personnalité et des psychothérapies par les différentes conceptions philosophiques de la nature de l'être humain, par le désir d'associer un traitement à un problème spécifique et par la venue du mouvement multiculturel.

Bergin et Garfield (1994) affirment que cette augmentation pose de sérieux problèmes dans le domaine de la psychologie. D'abord, ils notent qu'un bon nombre de nouvelles psychothérapies n'ont pas reçu une évaluation systématique au plan de la recherche et que l'évaluation de plus de 400 techniques ou systèmes de psychothérapie constituerait une tâche aberrante. Goldfried (1980) déclare que les cliniciens traditionnels limitent leur pratique à leur schème conceptuel. Corsini (1995) ajoute que chacun croit que son système psychothérapeutique est le seul qui soit efficace et complet pour répondre aux besoins de la clientèle. Norcross (1986) souligne qu'un tel accroissement favorise une rivalité de clocher qui entraîne confusion, morcellement et insatisfaction.

Ce chapitre présente différents systèmes de classification des approches psychothérapeutiques. Ces systèmes sont regroupés sous deux rubriques. La première intitulée « Forme de regroupement aux fins de présentation » contient trois types de regroupement : autour de pensées philosophiques, autour de théories majeures et un围绕 des techniques en fonction d'un diagnostic. La deuxième rubrique rassemble, sous le titre « Forme de regroupement aux fins d'intégration », trois modèles de psychothérapie éclectiques : la thérapie multimodale de Lazarus (1976, 1985, 1992, 1995), la psychothérapie behavioriste de Fensterheim et Glazer (1983) ainsi que le counseling et thérapie adaptatifs (CTA) de Howard, Nance et Myers (1986, 1987 ; Nance, 1995). Ce chapitre se terminera par un rappel des objectifs et des hypothèses de travail.

Regroupement des Approches Psychothérapeutiques aux Fins de Présentation

Le but de cette forme de regroupement consiste à présenter les approches psychothérapeutiques dans un ordre qui soit logique. Les façons de les présenter auraient pu être de les classer par ordre alphabétique, par ordre chronologique ou bien par hasard. Le souci des auteurs est de présenter les psychothérapies de manière à ce qu'elles soient compatibles, liées et harmonisées entre elles.

Regroupement Autour de Pensées Philosophiques

Ce mode de regroupement consiste à retracer les racines philosophiques des théories de la personnalité et de la psychothérapie et de les classer en fonction des conceptions philosophiques de la nature de l'être humain.

Rychlak (1981) présente dans son volume « *Introduction to personality and psychotherapy* » les théories de la personnalité et les approches psychothérapeutiques en les regroupant à partir de deux positions philosophiques opposées. Le modèle de Locke considère que le comportement humain résulte de son environnement tandis que celui de Kant propose qu'il dépend de sa biologie et du déploiement d'une structure.

Rychlak (1981) rapporte que l'empiriste anglais John Locke (1952) suggère qu'à la naissance, l'esprit de l'être humain est une « table rase » et que, par la suite, la personne acquiert des connaissances et se forme à partir des modèles, des relations sociales et de la structure de son environnement.

L'influence de cette vision philosophique se retrouve chez les thérapeutes behavioristes qui accordent une grande importance à l'apprentissage. Leur pratique de la psychothérapie se centre sur des buts spécifiques et des changements de comportements concrets. L'auteur regroupe, autour de ce courant majeur, le théoricien des relations interpersonnelles Sullivan, les théoriciens de l'apprentissage tels que Dollard et Miller

et les grands noms des théories du comportement tels que Skinner, Wolpe, Stampfl et Bandura.

Par opposition à cette pensée philosophique, on retrouve celle du philosophe allemand Emmanuel Kant (cité dans Rychlak, 1981). Rychlak (1981) affirme que ce dernier conçoit l'esprit humain comme le créateur de la pensée plutôt que le récepteur des sens. Il croit que la personne possède, à la naissance, des capacités innées qui se rendent disponibles à son expérience. Elles ressemblent à des schèmes qui transforment les stimulations de l'environnement en quelque chose de significatif. Cette vision philosophique suggère que l'idée est une conception de la raison qui peut et souvent transcende l'expérience (Rychlak, 1981, 1990).

Ce fondement philosophique correspond à la théorie humaniste. Par exemple, Rogers (1961) assume que l'être humain possède les caractéristiques propres à son espèce. Par conséquent, il le décrit positif, constructif, réaliste et en quête d'actualisation. La pratique clinique facilite la libération de l'individu pour qu'il développe ses potentialités (Maslow, 1971 ; Rogers, 1961).

Pour Rychlak (1981), les approches bémoriste et humaniste forment deux modèles majeurs et opposés tandis que la psychanalyse se situe à mi-chemin entre les positions philosophiques de Locke et de Kant. Les grandes écoles retrouvées dans cette catégorie intermédiaire sont celles de Sigmund Freud, Alfred Adler et Carl Jung.

L'intérêt de cette présentation réduit considérablement le nombre d'approches psychothérapeutiques. L'utilisation d'un modèle philosophique clarifie les points de vue psychologiques et fournit une grille d'analyse plus fiable pour organiser la diversité des courants majeurs en psychologie sur une dimension bi-polaire.

Regroupement Autour de Théories Majeures

Les approches psychothérapeutiques peuvent également se regrouper autour des courants majeurs en psychologie. Ce type de classement ressemble passablement à la première procédure étant donné que les résultats sont relativement semblables, à la différence de ne pas retrouver la préoccupation philosophique. La présentation la plus populaire regroupe les théories de même orientation. Les orientations qu'on retrouve le plus souvent dans la littérature sont la théorie psychanalytique, la théorie humaniste et la théorie bémavioriste. Chacune d'elles rassemble les approches psychothérapeutiques qui partagent une conception commune.

Plusieurs auteurs (Allen, 1997 ; Patterson & Watkins, 1996) sont reconnus dans le domaine de la psychologie pour avoir publié des volumes sur les théories de la personnalité ou de la psychothérapie. Récemment, Patterson et Watkins (1996), dans leur volume « Theories of psychotherapy », regroupent les approches thérapeutiques autour de cinq théories majeures : les approches psychanalytiques et néoanalytiques, les théories de l'apprentissage, les approches cognitives, les approches perceptuelles phénoménologiques et les approches humanistes.

logiques et la psychothérapie existentielle. Les auteurs rapportent des connaissances sur chacune de ces théories. Un bref exposé du contenu théorique de leur volume montre comment les auteurs regroupent les approches aux fins de présentation.

Premièrement, ils présentent les théories psychanalytiques : celles de Freud, Jung et Adler. Les théories psychanalytiques impliquent l'investigation des processus psychiques profonds. L'ensemble des théories de Freud et de ses associés concerne la vie psychique consciente et inconsciente. Pour Sigmund Freud (cité dans Patterson & Watkins, 1996), la structure de la personnalité comprend trois systèmes : le ça qui constitue la source de l'énergie et des pulsions, le moi qui permet à la personne de mettre à l'épreuve la réalité et de survivre et le surmoi qui dicte les règles et les valeurs. Il compte cinq phases psycho-sexuelles : orale, anale, phallique, latente et génitale. La notion d'angoisse est la principale motivation du comportement et les mécanismes de défense soulagent le moi de cette angoisse. Les principes freudiens donnent lieu à une approche thérapeutique appelée psychanalyse dont le but est de rendre conscients les éléments inconscients.

Carl Jung (cité dans Patterson & Watkins, 1996), remet en question l'insistance exagérée de Freud sur la sexualité. Il quitte les rangs de l'approche Freudienne pour fonder une nouvelle école de psychologie analytique. Il développe des idées dont la plus importante est celle de l'inconscient collectif, fondement de l'imagination, commun à tous les peuples à travers les âges, qui se manifeste dans les religions, les mythes et les doc-

trines ésotériques telle que l'alchimie. Le but de la thérapie est d'amener la personne dans un état psychique où il expérimente avec sa propre nature un état de fluidité, de changement et de croissance.

Alfred Adler (cité dans Patterson & Watkins, 1996), élève dissident de Freud, admet la notion d'inconscient dynamique de Freud, mais conteste le rôle de la sexualité dans la motivation du comportement humain. Pour lui, les facteurs individuels et sociaux sont déterminants. Dans son enfance, l'individu se perçoit faible et impuissant. Il met ses énergies à surmonter son complexe d'infériorité pour s'intégrer aux autres et s'ajuster à ses valeurs. La thérapie vise à réduire le sentiment exagéré d'infériorité.

Deuxièmement, Patterson et Watkins (1996) présentent les approches reliées au bémaviorisme. Pour les théoriciens de l'apprentissage, les difficultés que rencontre l'individu dépendent du comportement plutôt que du psychisme. Pour eux, tout comportement est acquis et peut par conséquent être désappris et remplacé par un comportement plus approprié. Dans la perspective bémavioriste, notamment celle de Skinner (cité dans Patterson & Watkins, 1996), le comportement est structuré et il peut être façonné grâce à un système de récompense et de punition. De ce point de vue, les processus d'apprentissage et d'interaction avec l'environnement déterminent la personnalité.

Parmi les théoriciens du comportement humain, Patterson et Watkins (1996) mentionnent Dollard et Miller (1950). Ces derniers (cité dans Patterson & Watkins, 1996)

combinent la perspective freudienne aux théories de l'apprentissage de Pavlov pour mettre au point leur propre théorie bémavioriste. Ils partagent l'idée de Freud pour dire que le comportement est le symptôme de la personnalité qui le sous-tend. Par ailleurs, tout comme les bémavioristes, ils croient que le comportement peut être appris ou désappris. Ils proposent d'utiliser les théories d'apprentissage comme fondements de la thérapie qui a pour but de mettre fin aux refoulements et de permettre à la personne de résoudre ses problèmes.

Joseph Wolpe (cité dans Patterson & Watkins, 1996), classé aussi parmi les théoriciens du comportement, énonce que les problèmes psychologiques relèvent du comportement. Sa théorie s'attarde exclusivement au comportement qu'il perçoit comme une réponse conditionnée. Par conséquent, le comportement est la réponse au stimulus et cette réponse est récompensée. Selon l'auteur, les comportements mésadaptés ont, à l'origine, servi de réaction à des niveaux d'anxiété désagréables et ont été récompensés par la diminution de l'anxiété. La thérapie a pour but de déconditionner l'anxiété et de modifier le comportement mésadapté.

Troisièmement, Patterson et Watkins (1996) décrivent les approches cognitives. Dans ce type d'approche, les théoriciens remettent en question l'exclusion de la pensée. Selon eux, les problèmes de l'individu sont secondaires à des distorsions de la réalité basées sur de fausses prémisses acquises pendant le développement cognitif. À ce cha-

pitre, on retrouve la thérapie rationnelle-émotive d'Albert Ellis (1962, 1979) et la thérapie cognitive d'Aaron T. Beck (1976).

Ellis (cité dans Patterson & Watkins, 1996) affirme que les difficultés de l'individu sont dues à de fausses attentes et à des pensées irrationnelles. Si la personne apprend à modifier ses pensées dysfonctionnelles en les remplaçant par des pensées plus logiques, alors il peut résoudre ses troubles affectifs. Beck (cité dans Patterson & Watkins, 1996) suggère que les problèmes des individus proviennent des distorsions de la réalité basées sur des prémisses et des suppositions erronées. La tâche du thérapeute est donc d'aider l'individu à comprendre les distorsions et à apprendre une façon plus réaliste de s'adapter à la réalité.

Quatrièmement, Patterson et Watkins (1996) poursuivent leur présentation avec l'orientation perceptuelle-phénoménologique. Cette approche assume que le comportement est déterminé par la perception de l'individu. Donc, pour modifier le comportement, il doit préalablement y avoir un changement dans le champ perceptuel de la personne. Patterson et Watkins (1996) classent, entre autres, Georges Kelly (1955/1991) et Carl Rogers (1951) dans ce courant psychologique.

Les méthodes thérapeutiques de Kelly (cité dans Patterson & Watkins, 1996) sont cognitives. Par contre, sa psychologie des construits personnels est une théorie percep-tuo-phénoménologique. Kelly (cité dans Patterson & Watkins, 1996) définit la person-

nalité comme un ensemble de concepts-traits propre à chaque individu. Le postulat fondamental formulé par l'auteur est que l'individu décode la réalité pour contrôler la situation. Pour cela, il fait appel à des attentes qu'il nomme « construits personnels ». L'approche thérapeutique vise à restructurer le système des construits personnels pour en développer de nouveaux pour mieux préciser les attentes.

L'approche centrée sur la personne de Carl Rogers (cité dans Patterson & Watkins, 1996) se fonde sur la prémissse que l'être humain possède la tendance et la capacité de réagir dans sa totalité à sa perception du monde et que sa réaction tend vers l'actualisation optimale de son potentiel. La tendance vers le fonctionnement optimal se produit lorsque que le climat thérapeutique permet à la personne de faire appel à ses ressources pour se réaliser. La thérapie a pour but d'élargir l'ouverture à l'expérience, la maturité psychologique optimale et l'adaptation réaliste à la vie.

Finalement, Patterson et Watkins (1996) parlent du courant existentialiste. Selon les théoriciens existentiels, l'existence de l'homme précède son essence. Les auteurs associent à ce système de pensée le nom de Viktor Frankl (1967, 1986). Cet auteur (cité dans Patterson & Watkins, 1996) conçoit que même dans les conditions physiques et psychologiques les plus stressantes, l'être humain peut préserver sa liberté spirituelle et son indépendance intellectuelle. Pour lui, l'individu possède trois dimensions : physique, psychologique et spirituelle. Les deux premières sont étroitement reliées et elles incluent des facteurs héréditaires et constitutionnels. Les psychanalystes ont contribué à

la compréhension de ces dimensions, mais ont négligé l'aspect spirituel. Selon Frankl (cité dans Patterson & Watkins, 1996), la spiritualité origine de l'inconscient spirituel pour transparaître dans la conscience de soi immédiate. Pour lui, la spiritualité, la liberté et la responsabilité représentent les facteurs de l'existence individuelle. L'approche thérapeutique de Frankl appelée logothérapie, focalise sur la dimension spirituelle de la personne pour tenter de rendre le patient pleinement conscient de sa liberté face à ses responsabilités.

Le résultat de cet ouvrage présente les théories de la personnalité, les recherches et les applications cliniques sous une forme relativement brève et objective. En somme, Patterson et Watkins (1996) regroupent les écoles psychologiques, selon leur tendance, autour de trois courants majeurs : l'école psychanalytique qui croit à l'existence d'un inconscient dynamique, l'école humaniste qui met l'accent sur le potentiel infini du développement psychologique de la personne et l'école bémorioriste pour qui le comportement est structuré et peut être façonné. De ce point de vue, l'apprentissage et l'interaction avec l'environnement déterminent la personnalité.

Les deux premiers types de regroupements (autour de pensées philosophiques et autour de théories majeures) reviennent passablement au même résultat dans le sens que ces approches sont classées avec l'école majeure la plus typique. Selon Patterson et Watkins (1996), il existe certains dangers de classer les approches avec une orientation ayant plus ou moins d'affinité. D'abord, le fait que les théoriciens travaillent en se

limitant à une conception peut susciter un problème. Ils risquent de s'enliser dans une approche qui nuit à leur ouverture face aux contributions des autres écoles et de voir ainsi leur créativité diminuée. Ensuite, cela implique le non-appariement entre l'approche thérapeutique et le problème du client. Cette approche suggère que chacune des théories peut convenir à toutes les problématiques. Le praticien s'identifierait à une approche et l'utiliseraient avec tous ses clients sans tenir compte de leurs besoins spécifiques et de leur évolution. Par exemple, si le thérapeute était d'orientation psychanalytique, il interviendrait alors par l'approche psychanalytique avec toute sa clientèle.

Regroupement des Techniques en Fonction d'un Diagnostic

Pour pallier aux limites des regroupements précédents, d'autres auteurs cliniciens (Nathan & Gorman, 1998 ; Reid, 1989) rassemblent plutôt les stratégies ou techniques d'intervention autour de problématiques spécifiques. Cette classification consiste à prescrire des techniques en fonction du diagnostic (Slife, 1987). Ces cliniciens démontrent une ouverture à l'éclectisme en levant les frontières entre les différentes écoles traditionnelles. D'ailleurs, Messer (1992) les inclut parmi les approches éclectiques et les identifie sous le nom d'éclectiques « sélectifs ».

Nathan et Gorman (1998) publient un volume intitulé « A guide to treatments that work ». Ils regroupent autour des diagnostics du DSM-IV (American Psychiatric Asso-

ciation, 1994), les traitements reconnus et validés scientifiquement pour leur efficacité. Les auteurs font appel à des cliniciens-chercheurs reconnus au plan international pour siéger sur le comité éditorial. Selon leurs affinités, ces cliniciens-chercheurs rédigent les chapitres concernant les traitements recommandés pour chacun des désordres mentaux du DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994). Le plan du volume présente, dans plusieurs cas, deux chapitres par désordre, un pour traitements psychopharmacologiques et un second pour traitements psychosociaux.

Le résultat de cet ouvrage constitue, selon les auteurs, un guide pratique de traitements pour les désordres mentaux. En effet, ce type de regroupement aide le clinicien à puiser parmi les techniques les plus appropriées disponibles pour le trouble mental de son client.

De plus, la publication de tels guides par des équipes de psychologues et de psychiatres, favorise les échanges interprofessionnels. Le travail multidisciplinaire atténue les rivalités entre eux pour tendre vers un consensus basé sur des données scientifiques. De plus, l'intérêt croissant pour l'obtention de traitements cliniques efficaces incite les cliniciens chercheurs à diffuser et à rendre plus accessible l'information auprès des praticiens communautaires.

En revanche, la pratique professionnelle découlant de cette approche pourrait consister à prescrire, à un individu, des techniques qui viendrait de systèmes psychothéra-

peutiques divers et mal intégrés. Survolant les répertoires de thérapies de façon pragmatique, les praticiens choisiraient les techniques qui leur semblent appropriées au but à atteindre en négligeant les théories plus globales concernant la personne humaine (Messer, 1992). Cette façon d'intervenir entraînerait le risque que le praticien s'adresse uniquement aux symptômes de la personne plutôt qu'à l'individu dans son ensemble. De plus, la plupart des clients présenteraient plus d'un problème à la fois, d'où la nécessité d'utiliser des interventions multiples requérant un cadre d'intégration plus général ou conceptuel. Les pensées philosophiques et les théories majeures fournissent habituellement les bases conceptuelles utiles pour aborder la personne dans son individualité et dans sa globalité.

Compte tenu de ces limites, la question d'intérêt pour l'actuelle recherche est de savoir comment fournir un cadre capable d'intégrer non seulement une diversité de techniques centrées sur des troubles spécifiques, mais aussi les principales conceptions de la personne humaine.

Les deux premiers types de regroupement (autour de pensées philosophiques et autour de théories majeures) de la première rubrique incite le thérapeute à opter pour une école de pensée en excluant les autres d'une certaine manière. Le troisième type de regroupement (techniques en fonction d'un diagnostic) ressemble passablement au modèle médical dans le sens de prescrire des techniques en fonction d'un diagnostic. De ce fait, l'absence d'un cadre conceptuel restreint la vision globale de l'intervenant.

Regroupement des Approches Psychothérapeutiques aux Fins d'Intégration

La deuxième forme de regroupement vise l'intégration des approches psychothérapeutiques. Graduellement, les solutions passent de la juxtaposition des approches thérapeutiques vers un mouvement d'intégration. Simultanément à la tendance vers la multiplicité des psychothérapies, une tendance opposée prend de l'envergure. C'est l'intégration des théories ou des techniques psychothérapeutiques. La popularité de l'éclectisme parmi les psychothérapeutes entraîne l'étude de la complémentarité de systèmes psychothérapeutiques purs et déjà existants afin d'en arriver à des modèles intégratifs (Garfield & Bergin, 1994). Par conséquent, l'évolution de ce mouvement ralentit l'expansion du nombre des approches thérapeutiques (Garfield & Bergin, 1994).

Wolman (1989) définit dans son volume « Dictionary of behavioral science » l'éclectisme comme « L'organisation de théories incompatibles et de faits compatibles venant de différentes sources en un système consistant » (traduction libre) (p.104). Au plan clinique, Reber (1985) définit le thérapeute éclectique comme « Celui qui utilisera les procédures cliniques qui lui semblent les plus appropriées à un cas en particulier » (traduction libre) (p. 224). Cette dernière définition suggère un mouvement de flexibilité au niveau de l'intervention psychothérapeutique. Elle laisse voir le souci du thérapeute à se centrer davantage sur les besoins du client plutôt que de tendre à adhérer inconditionnellement à un schème conceptuel.

Plusieurs auteurs (Lazarus, Beutler, & Norcross, 1992 ; Messer, 1992) rapportent des façons d'intégrer les approches psychothérapeutiques. Par exemple, Messer (1992) distingue trois modes d'intégration : l'éclectisme technique, l'intégration théorique et les facteurs communs. Pour l'auteur, les adeptes de l'éclectisme technique conservent leur schème conceptuel, tout en empruntant aux autres approches psychothérapeutiques des procédés qu'ils intègrent à leur théorie de base. La psychothérapie éclectique systématique de Beutler (1986) et la thérapie multimodale de Lazarus (1976, 1992) représentent ce mode d'intégration.

Le deuxième mode, l'intégration théorique, assimile les points forts d'au moins deux systèmes théoriques dans l'intention de créer un nouveau cadre conceptuel supérieur aux deux premiers schèmes utilisés séparément (Norcross & Newman, 1992). L'approche transtheorique de Prochaska et DiClemente (1986, 1992) et la psychothérapie bélavioriste de Fensterheim et Glazer (1983) entrent dans cette catégorie. Finalement, Norcross et Newman (1992) parlent de l'approche des facteurs communs. Dans ce mode d'intégration, les auteurs expliquent que les facteurs communs sont un regroupement d'éléments retrouvés dans les différentes approches thérapeutiques qui permet de faciliter le processus thérapeutique et d'augmenter les possibilités d'un changement thérapeutique. L'approche des facteurs communs de Garfield (1986, 1992) et la psychothérapie des facteurs communs d'Arkowitz (1992) s'inscrivent dans cette perspective.

Un quatrième mode de système intégratif, qui semble particulièrement intéressant parce qu'il offre une manière d'intervenir plus large, est le counseling et thérapie adaptatifs (CTA) de Howard, Nance et Myers (1987 ; Nance, 1995). Dans cette approche, le psychothérapeute respecte la spécificité des styles d'interventions associés aux psychothérapies et en même temps, il s'intéresse à la complémentarité d'approches divergentes en fonction des besoins du client et de leur évolution.

Afin d'illustrer ces types d'éclectisme, trois modèles retiennent notre attention : la thérapie multimodale (TMM) de Lazarus (1976, 1995), la psychothérapie bémoriste (PB) de Fensterheim et Glazer (1983) et le counseling et thérapie adaptatifs (CTA) de Howard, Nance et Myers (1987 ; Nance, 1995).

Thérapie Multimodale (TMM) (Lazarus, 1976, 1995)

Dans l'éclectisme technique, le thérapeute adopte une approche théorique clairement identifiée tout en intégrant des techniques reliées à d'autres approches ; il n'adhère cependant pas aux théories qui les sous-tendent. Lazarus (1995) affirme qu'il adopte la théorie de l'apprentissage social (Bandura, 1977), la théorie générale des systèmes (Bertalanffy, 1974) et la théorie des groupes et des communications (Watzlawick, Weakland, & Fisch, 1974). Norcross et Newman (1992) ajoutent que, dans le cadre de

ces théories, Lazarus (1976, 1992) évalue l'efficacité des stratégies et des techniques empruntées à d'autres systèmes.

La thérapie multimodale vise l'apaisement psychologique du patient et son accroissement personnel (Lazarus, 1992). Dans cette approche, le thérapeute évalue le fonctionnement psychologique de l'individu à l'aide de sept critères représentés par l'acronyme BASIC I.D. où l'on retrouve « B » pour comportement (behavior), « A » pour affect, « S » pour sensation, « I » pour imagerie, « C » pour cognition, « I » pour relations interpersonnelles et « D » pour facteurs organiques (drugs/biology) (Lazarus, 1976, 1986b, 1992, 1995).

Selon Lazarus (1985, 1986b, 1992, 1995), la thérapie multimodale présente six caractéristiques dont la première consiste à accorder une attention particulière à chacune des dimensions du BASIC I.D. Deuxièmement, il est possible d'approfondir les modalités du BASIC I.D. lorsque les problèmes restent diffus.

La troisième et la quatrième caractéristiques de cette approche concernent l'utilisation des profils de modalités et des profils structuraux. Lazarus (1986b, 1992, 1995) présente deux instruments susceptibles de mesurer les modalités. Le premier correspond au questionnaire *Multimodal Life History Inventory* (MLHI) pour *Inventaire biographique multimodal* (IBM) (Lazarus & Lazarus, 1991) qui comprend une liste des problèmes associés à chaque mode du BASIC I.D. Le second, *Structural Profiles* (SP)

pour *Inventaire de profil structural* (IPS) (Lazarus, 1989), classe quantitativement l'information sur le BASIC I.D. et fournit des données cliniques enrichissantes.

Les deux dernières caractéristiques correspondent à l'observation des « réactions en chaîne » (tracking) et aux procédures du « point charnière » (bridging). Dans la relation thérapeutique, le thérapeute met en place des stratégies appelées point charnière et l'observation des réactions à la chaîne pour faciliter l'ouverture du client face à son expérience. Le point charnière renvoie à la procédure où le thérapeute répond à la modalité préférée du client plutôt que d'intervenir sur d'autres modalités qu'il juge plus pertinentes. Par exemple, si le client répond par des rationalisations à des questions d'ordre affectif, le thérapeute le rejoint dans sa modalité cognitive pour un moment et poursuit sur une autre modalité moins menaçante pour aboutir à la modalité affective. Par conséquent, le client se sent mieux compris. L'observation des réactions à la chaîne consiste à scruter la séquence des modalités du BASIC I.D. et à choisir les techniques en fonction de la séquence du déroulement des réactions du client. Par exemple, si le client dit que son anxiété commence par des tensions musculaires, se poursuit par des pensées négatives et se transforme en images désagréables, alors la séquence des réactions du client est la sensation, la cognition et l'imagerie (S-C-I). Le thérapeute intervient en commençant par des techniques qui correspondent au premier élément de la chaîne (Lazarus, 1986b, 1992, 1995).

L'approche éclectique technique permet d'améliorer la pratique clinique (Norcross & Newman, 1992). Par contre, l'éclectisme systématique n'offre aucun support pour sélectionner la technique appropriée ou choisir le style de thérapie adapté aux besoins du client (Lazarus, 1992). Le point fort de la thérapie multimodale est de suggérer des techniques permettant d'atteindre les objectifs cliniques (Lazarus, 1992). Par ailleurs, malgré ce soutien matériel technique, le choix judicieux des techniques requises pour une situation particulière exige du thérapeute un bagage d'expérience et un niveau de formation satisfaisant. De plus, l'emprunt de techniques venant d'autres sources peut s'avérer incompatible avec la théorie à laquelle adhère le thérapeute.

Psychothérapie Béhavioriste (PB) (Fensterheim & Glazer, 1983)

Fensterheim et Glazer (1983) proposent la fusion de deux approches psychothérapeutiques, les approches psychanalytique et comportementale, pour faire émerger un modèle regroupant les forces des deux théories d'origine et éliminer les principales limites de chacune.

Selon Fensterheim et Glazer (1983), le fondement de la psychothérapie bémoriste consiste à identifier les comportements cibles et à sélectionner des stratégies pour les modifier. Le thérapeute recueille des données faisant référence aux aspects biologiques, affectifs, comportementaux et sociaux de la personne. Ensuite, il dispose les données dans un contexte psychologique organisé que Fensterheim et Glazer (1983) appellent

« formulation bélavioriste ». Le thérapeute accorde une attention particulière aux éléments qui peuvent influencer l'émergence et le maintien du problème. Il s'attarde aux processus sous-jacents du comportement, lesquels peuvent provenir d'une simple réponse conditionnée ou de forces inconscientes issues de conflits psychodynamiques. Ensuite, les éléments sont traduits en comportements et regroupés en fonction d'un lien. À la suite de l'analyse, le thérapeute émet des hypothèses sur les relations entre les éléments recueillis pour structurer la problématique du client.

Finalement, Fensterheim et Glazer (1983) rapportent que le processus thérapeutique découle de l'analyse de la formulation bélavioriste. Celle-ci fournit un plan d'action suggérant une suite d'interventions thérapeutiques planifiées et intégrées. Le traitement opère sur la problématique actuelle de la personne. L'évaluation des objectifs du plan d'intervention prend une part importante dans le processus thérapeutique. À mesure que de nouvelles informations sont disponibles, le thérapeute doit repenser le plan d'action et la formulation bélavioriste doit être révisée.

Dans ce modèle, Fenstersheim et Glazer (1983) intègrent des approches psychodynamique et comportementale et à partir de celles-ci, ils essaient de les unifier. Ils prétendent, en allant chercher les forces de chacune d'elles, éviter leurs faiblesses. Cette façon de faire peut présenter des limites dans le sens que les auteurs ne perçoivent pas les approches comme complémentaires parce qu'ils les fusionnent. Ce mélange peut faire en sorte de perdre leur richesse et de négliger l'apport de chacune. Les auteurs, en

fusionnant ces deux approches, favorisent l'émergence d'un nouveau modèle et l'appliquent à toute la clientèle. Par conséquent, ils se trouvent confrontés au même problème que les deux premiers types de regroupement de la première rubrique de classification qui consiste à proposer la même approche à tous leurs clients sans considérer ce qui convient à chacun.

Counseling et Thérapie Adaptatifs (CTA) (Howard, Nance, & Myers, 1987)

Howard, Nance et Myers (1987), dans leur volume « Adaptive Counseling and therapy : A systematic approach to selecting effective treatments », présentent un modèle qui repose sur la théorie du leadership situationnel (Hersey & Blanchard, 1977). Howard, Nance et Myers (1987) rapportent que cette théorie aide le leader à sélectionner le style de gestion en tenant compte du type de travailleurs. Alors, ils généralisent ce point de vue dans le domaine de la psychothérapie en assumant que les thérapeutes efficaces sélectionnent des styles de thérapies divers selon les besoins de chaque client. Les auteurs prétendent répondre au besoin d'une organisation systématique des techniques de thérapie et au besoin d'un cadre conceptuel utilisé pour sélectionner une approche thérapeutique en fonction d'un client spécifique.

Howard, Nance et Myers (1987) reconnaissent, dans leur modèle, trois composantes fondamentales : le comportement du thérapeute, la tâche du client en fonction de son

« degré d'ouverture au changement » (OC) (level of readiness) et la relation entre ces deux variables.

Selon Howard, Nance et Myers (1987), le comportement du thérapeute comprend les dimensions de direction et de support. Indépendantes l'une de l'autre, ces dimensions se déplacent sur un continuum montrant des comportements de « non directivité » à « directivité » et de « non support » à « support » (voir Figure 1). Howard, Nance et Myers (1987) décrivent la dimension de direction comme les comportements orientés vers l'atteinte d'un but. Le thérapeute coté fort sur la dimension direction démontre une attitude directive, se centre sur l'accomplissement d'une tâche spécifique, initie et structure les activités avec la personne. Par contre, le thérapeute de niveau plus faible laisse plutôt le client structurer la rencontre. Les auteurs représentent la dimension de support comme les attitudes ou les comportements que le thérapeute manifeste dans sa relation avec le client pour l'aider à se sentir compris. Le thérapeute classé fort sur cette dimension démontre de la disponibilité, de l'empathie, du support et une relation de confiance. Celui qui se situe à l'autre extrême ne démontre pas de comportements facilitant la relation thérapeutique.

Les auteurs poursuivent en affirmant que les deux dimensions du comportement du thérapeute permettent, une fois combinées, de définir quatre styles d'intervention qui découlent des combinaisons entre les dimensions de direction et de support : « style

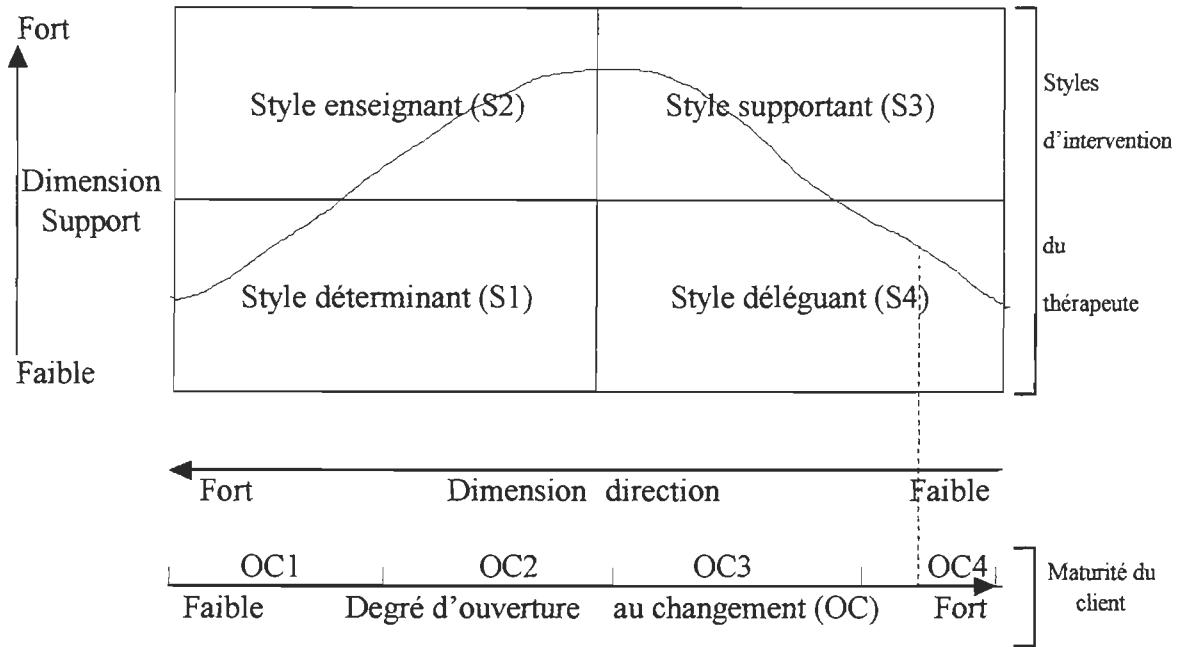


Figure 1. Styles d'intervention du thérapeute (S) et degré d'ouverture au changement du client (OC) présentés par Howard, Nance et Myers (1986).

déterminant » (S1) (telling), « style enseignant » (S2) (teaching), « style supportant » (S3) (supporting) et « style déléguant » (S4) (delegating). De plus, les auteurs ajoutent que chacun correspond à un prototype.

Le style déterminant est représenté par un niveau élevé sur la dimension direction et un niveau faible sur la dimension support. Le thérapeute décide de la manière et de l'ordre d'exécution des tâches thérapeutiques que doit réaliser le client. Celui-ci correspond à quelqu'un très peu motivé ou qui présente des difficultés majeures lorsqu'il doit décider d'une solution appropriée pour atteindre les buts thérapeutiques. Par exemple, le client hospitalisé en psychiatrie pour des troubles psychotiques se caractérise par la

passivité. Sa responsabilité relève complètement du thérapeute. Le prototype de cette approche correspond à l'approche comportementale.

Le style enseignant se caractérise par un niveau élevé sur les dimensions direction et support. L'attitude du thérapeute réfère à celui d'un enseignant. Il fournit à l'individu l'information nécessaire pour accomplir la tâche thérapeutique tout en lui offrant le support et la directivité dont il a besoin. Howard, Nance et Myers (1987) décrivent le client qui répond à ce style d'intervention comme une personne motivée à entreprendre la tâche, mais qui démontre des difficultés dans la prise de décision. L'exemple clinique peut être le cas du thérapeute qui entraîne une personne à des habiletés sociales. Le prototype de cette approche correspond à la thérapie Adlérienne (Moska, 1995) et la thérapie de la réalité (Glasser & Wubbolding, 1995).

Le style supportant se distingue par un niveau faible sur la dimension direction et un niveau élevé sur la dimension support. Le thérapeute adopte une attitude beaucoup moins directive et reconnaît l'importance de supporter et d'encourager la personne à atteindre les buts thérapeutiques. Il encourage et supporte le client dans l'accomplissement de l'activité thérapeutique, ce qui facilite l'évolution de la personne. Howard, Nance et Myers (1987) croient que la personne qui répond à ce style est motivée et possède certaines habiletés à accomplir la tâche. Par contre, elle manque de confiance en elle pour la résolution des objectifs thérapeutiques. Le prototype de cette façon d'intervenir correspond à la thérapie centrée sur le client de Rogers (1951).

Le style délégant se particularise par un niveau faible sur la dimension direction et support. Le thérapeute agit comme un observateur intéressé au progrès du client. Il adopte une attitude d'analyste où il ne fait que clarifier et commenter les réactions du client. Le client est entièrement responsable de décider de l'activité thérapeutique, de son contenu et de l'ordre d'exécution. Le prototype de ce style d'intervention correspond à la psychanalyse classique.

La deuxième composante du CTA représente la tâche du client en fonction de son degré d'ouverture au changement. Pour les besoins du modèle, Howard, Nance et Myers (1987) affirment que le concept du degré d'ouverture au changement renvoie aux caractéristiques personnelles dont dispose le client pour solutionner ses problèmes en thérapie. De plus, les auteurs ajoutent que cette variable est évaluée en fonction des éléments de motivation, compétence et confiance et que leurs combinaisons produisent quatre niveaux. Le premier niveau correspond à une ouverture au changement d'intensité faible (OC1). Le client se montre incompétent et très peu motivé à accomplir les tâches thérapeutiques ainsi qu'un manque de confiance dans sa capacité d'atteindre les objectifs visés dans la thérapie. Par contre, la personne compétente et motivée devant la tâche à produire et confiante pour apporter les changements thérapeutiques nécessaires correspond au niveau élevé d'ouverture au changement (OC4). Les niveaux intermédiaires se distinguent par une ouverture au changement de faible à modérée (OC2) et une ouverture au changement de modérée à forte (OC3).

Finalement, la troisième composante du counseling et thérapie adaptatifs correspond à la relation entre le comportement du thérapeute et le degré d'ouverture au changement. Howard, Nance et Myers (1987) affirment qu'il existe une relation curviligne entre le comportement directif du thérapeute, son comportement de support et le degré d'ouverture au changement du client. Pour les auteurs, cette relation curviligne suppose que le style d'intervention du thérapeute le plus approprié répond aux besoins du client en fonction de son niveau d'ouverture au changement actuel et l'aide à atteindre un degré supérieur de maturation. Par exemple, les clients qui présentent des niveaux d'ouverture au changement plutôt faibles demandent que le thérapeute soit très directif. C'est le cas du thérapeute qui intervient auprès de jeunes enfants, d'une clientèle atteinte d'un retard mental ou auprès de personnes ayant un mandat de la cour. De plus, lorsque le client progresse sur la variable ouverture au changement, le thérapeute peut modifier son style en conséquence. Howard, Nance et Myers (1986, 1987) affirment que l'efficacité de la thérapie est fonction de l'association entre le style d'intervention du thérapeute et le niveau d'ouverture au changement du client.

Howard, Nance et Myers (1986, 1987) estiment que chaque approche psychothérapeutique majeure suggère un style d'intervention qui s'applique avec succès auprès d'une clientèle particulière, sans répondre aux besoins de tous les clients. De cette façon, ce modèle respecte la spécificité des approches et se centre sur leur complémentarité plutôt que sur leur divergence. Le modèle du CTA tient compte autant des caractéristiques du client que des réactions du thérapeute. Il propose deux instruments de

mesure : le *Client Readiness Measure* (CRM) (Anderson, 1991) (cité dans Anderson & Tracy, 1995) mesure les dimensions de compétence, de motivation et de confiance du client et le TSI (Howard, Nance, & Myers, 1986) évalue trois variables chez le thérapeute : « style préférentiel » du thérapeute (style preference), « flexibilité » du thérapeute (style range ou flexibility) et « adaptabilité » du thérapeute (therapist adaptability). Le style préférentiel du thérapeute renvoie au fait qu'il choisit spontanément une orientation thérapeutique plutôt qu'une autre. Par exemple, le cas du thérapeute qui choisit seulement le style d'intervention déléguant pour toutes les situations cliniques aurait un mode non directif et non supportant. La flexibilité du thérapeute se définit par le nombre de styles d'interventions qu'il utilise pour répondre au client. L'adaptabilité du thérapeute est reliée à la compétence du thérapeute à choisir le style d'intervention approprié au degré de maturité du client.

Mesure des Biais du Psychothérapeute dans le Choix d'un Style d'Intervention

Une recension des tests, dans les bases de données CD-ROM PsycLit et dans le fichier automatisé Badaduq à l'Université du Québec à Trois-Rivières, fait voir la rareté des instruments portant sur la mesure des biais du psychothérapeute dans le choix d'un style d'intervention. De plus, la consultation de certains articles, dont celui de Anderson et Tracey (1995), Hayes et Tinsley (1989), Nuttall (1986) et Ponterotto et Furlong (1985) appuie le fait qu'il existe peu d'instruments qui évaluent l'introspection du thé-

thérapeute face à son acte thérapeutique ainsi que son intérêt à s'ouvrir aux diverses approches dans le respect de leur complémentarité.

Plusieurs auteurs (Hayes & Tinsley, 1989 ; Multon, Kivlighan, & Gold, 1996 ; Ponterotto & Furlong, 1985 ; Scofield & Yoxtheimer, 1983 ; Tryon, 1993) ont fait un relevé des instruments les plus utilisés pour évaluer l'efficacité du thérapeute. Ces instruments explorent la qualité de la relation thérapeutique, l'efficacité perçue du counseling, les perceptions des attributs du thérapeute, les attentes du client face à la thérapie et l'atmosphère de la thérapie (Hayes & Tinsley, 1989). Parmi les instruments répertoriés, les plus fréquemment utilisés en clinique et en recherche sont : *Counselor Rating Form* (CRF), *Counselor Effectiveness Rating Scale* (CERS), *Counselor Effectiveness Scale* (CES), *Counselor Evaluation Inventory* (CEI), *Barrett-Lennard Relationship Inventory* (BLRI) et *Working Alliance Inventory* (WAI). Pour évaluer ces dimensions de la psychothérapie, les praticiens et les chercheurs se basent sur la perception du client. Ils demandent aux patients de répondre aux tests après une session de thérapie (Ponterotto & Furlong, 1985).

Dans une étude portant sur l'application du CTA, Anderson et Tracey (1995) administrent, entre autres, le *Counselor Preference Measure* (CPM) à des étudiants inscrits dans un cours de développement de carrière. Cet instrument mesure le style du thérapeute sur les dimensions de direction et de support tel que présenté dans la théorie du

counseling et thérapie adaptatifs de Howard, Nance et Myers (1986), mais l'évaluation provient de la perspective du client.

Dans la présente étude, le *Therapist Style Inventory* (TSI) (Howard, Nance, & Myers, 1986) est retenu au détriment du *Counselor Preference Measure* (CPM) (Anderson, 1991) (cité dans Anderson & Tracey, 1995) parce qu'il permet d'amener autant le thérapeute en formation que le professionnel à préciser son style préféré d'intervention et éventuellement à y réfléchir et à s'ouvrir aux apports des différentes approches psychothérapeutiques. Le *Counselor Preference Measure* évalue plutôt les dimensions du client, du thérapeute et de la thérapie, mais à partir du point de vue du client.

Therapist Style Inventory (TSI) (Howard, Nance, & Myers, 1987)

Le test utilisé est le *Therapist Style Inventory* (Howard, Nance, & Myers, 1987) (voir Appendice A) ainsi que son adaptation française nommée l'*Inventaire du Style d'Intervention* (voir Appendice B). Ce test présente 12 situations cliniques, chacune étant accompagnée de quatre choix de réponse identifiés par les lettres A, B, C ou D. Chacune des réponses proposées correspond à un item d'une échelle correspondant à l'une des quatre attitudes de base du thérapeute : style « déterminant » (S1), style « enseignant » (S2), style « supportant » (S3) et style « délégant » (S4). La compilation des réponses retenues par le participant pour chacune des échelles fournit quatre scores

qui se répartissent en un total de 12 points. La distribution des réponses permet de préciser le « style préféré » du participant ainsi que son « degré de flexibilité ». Ainsi, le score indiquant l'intensité de la tendance du sujet vers un style donné s'obtient en additionnant les lettres A, B, C ou D qui sont encerclées dans chacune des échelles. L'échelle qui compte six réponses ou plus indique le style de base du thérapeute, alors que les échelles qui ont deux réponses ou plus représentent le second style (supporting styles). Le thérapeute qui choisit trois items pour chaque style ne devrait pas démontrer de préférence pour un style d'intervention particulier.

Le test fournit aussi un indice de la flexibilité du sujet. Dès qu'il obtient un score de deux ou plus dans l'un des quatre styles, son score de flexibilité augmente d'un point. Le score maximal de flexibilité est donc de quatre points. L'indice de flexibilité reflète l'ouverture du répondant à une diversité de styles.

Cet instrument fournit également un score « d'adaptabilité du thérapeute ». Pour chaque situation présentée dans le questionnaire, chacune dispose de quatre choix de réponse. Chacun de ces choix de réponse varie d'un score allant de 1 à 4 points selon la pertinence qu'il présente avec la situation clinique proposée. Le choix de réponse le plus adéquat, selon les auteurs du test, obtient un score de quatre, alors que les choix inexacts reçoivent les valeurs 1, 2 ou 3 selon le degré de désaccord entre les besoins du client et le style d'intervention. Cet exercice est repris 12 fois. Le participant ayant toujours la meilleure réponse obtiendrait un score de 48 points. Celui ayant toujours la

pire réponse enregistrerait un score de 12 points. Ainsi, les scores des participants se répartissent entre 12 à 48 points. Ce score est interprété comme le score d'adaptabilité dans le sens que le thérapeute choisit de bonnes réponses aux bonnes situations. Donc, ce test permet d'évaluer trois dimensions : le style préférentiel, la flexibilité et l'adaptabilité.

Gabbard, Howard et Dunfee (1986) ont étudié les qualités psychométriques des deux formes du *Therapist Style Inventory*, forme A (TSI-A) et forme B (TSI-B). Chacun des instruments compte 12 items et ensemble, les 24 items représentent le *Therapist Style Inventory*, forme longue (TSI-Long). Dans une première étude, les auteurs ont évalué la stabilité temporelle de la forme longue. Ils ont fait compléter l'instrument à deux reprises, dans un intervalle de trois mois, à 22 thérapeutes qui ne connaissent pas la théorie du CTA. Le coefficient de corrélation test-retest obtenu pour la dimension de l'adaptabilité du thérapeute est de .46. De plus, la moyenne des scores est demeurée stable. Aussi, ils ont estimé la stabilité du style du thérapeute dans le temps pour le TSI-Long en corrélant la fréquence des items de chaque style d'intervention dans un test-retest. Les coefficients de corrélation pour le style déterminant est de .55, le style enseignant est de .76, le style supportant est de .70 et le style délégant est de .46. Finalement, les auteurs ont mesuré la consistance interne du TSI-Long en se basant sur le score de l'adaptabilité du thérapeute avec un nombre de 44 participants. Ils ont corrélé le TSI-A avec le TSI-Long et ensuite le TSI-B avec le TSI-Long (part-whole correlations). Les auteurs rapportent, pour la corrélation entre le *Therapist Style Inventory*,

forme A et le *Therapist Style Inventory*, forme longue sur la dimension de l'adaptabilité, une corrélation de .78. Les données du test-retest et de la consistance interne du *Therapist Style Inventory*, forme A ne sont pas rapportées.

Dans une seconde étude, Gabbard, Howard et Dunfee (1986) ont évalué la validité de construit de la forme longue en utilisant le score de l'adaptabilité du thérapeute. L'intérêt de l'étude portait sur l'efficacité de l'instrument pour mesurer les changements de l'adaptabilité du thérapeute. Pour ce faire, 11 thérapeutes ont complété le questionnaire de la forme longue. Par la suite, ils ont suivi une formation de deux heures sur la théorie du CTA et ils ont complété à nouveau le même questionnaire immédiatement après l'atelier. Gabbard, Howard et Dunfee (1986) ont demandé aux thérapeutes de répondre à deux questions « Comment aimerais-tu que le thérapeute réponde dans cette situation ? Quelle est la bonne réponse d'après la théorie du CTA ? ». (traduction libre) (p. 379). Pour la première question, les résultats révèlent un score d'adaptabilité au post-test significativement supérieur à celui du pré-test (M temps 1 = 73.43 [\bar{ET} = 4.45] ; M temps 2 = 76.5 [\bar{ET} = 6.65] ; $t(9)$ = 2.59, $p < .05$). Pour la question concernant le choix de la bonne réponse en fonction du modèle de Howard, Nance et Myers (1986), les résultats montrent que le score d'adaptabilité au post-test (M = 78.5, \bar{ET} = 4.35) est significativement supérieur au score du pré-test ($t(9)$ = 5.83, $p < .001$). Gabbard, Howard et Dunfee (1986) concluent que l'instrument *Therapist Style Inventory* (forme longue) démontre une certaine sensibilité pour mesurer les changements du score d'adaptabilité du thérapeute à la suite d'une formation.

Les études de Gabbard, Howard et Dunfee (1986) portent ainsi sur les qualités psychométriques du *Therapist Style Inventory* (forme longue) en se basant sur la dimension de l'adaptabilité du thérapeute d'une part et d'autre part, sur la variation du score de l'adaptabilité, avant et après une formation portant sur le modèle du CTA. L'étude de Gabbard, Howard et Dunfee (1986) s'attarde à savoir si les thérapeutes ont compris le modèle théorique. Malheureusement, les données de la fidélité de la forme A ne sont pas rapportées. Jusqu'à maintenant dans les publications, il ne semble y avoir aucune donnée concernant les qualités psychométriques du *Therapist Style Inventory*, forme A (TSI-A).

La présente étude ne tient pas compte de la dimension de l'adaptabilité parce qu'il n'y a pas d'évidence pour le moment que cette mesure reflète le bon fonctionnement du thérapeute (Friedlander, 1986 ; Lazarus, 1986a). L'intérêt de la recherche porte sur les qualités psychométriques du test original du *Therapist Style Inventory*, forme A de Howard, Nance et Myers (1986) et de son adaptation française *Inventaire du Style d'Intervention*. L'étude se limite à la mesure du style préféré d'intervention de l'étudiant au début et à la fin d'une formation en psychologie. L'analyse des changements observés entre le début et la fin de la formation de baccalauréat ne constitue en fait qu'une étude pilote en vue d'une recherche ultérieure sur l'impact de la formation sur le style d'intervention des étudiants inscrits à des programmes de formation à la psychothérapie.

Hypothèses

L'objectif de la présente recherche consiste à vérifier les qualités psychométriques du test original du *Therapist Style Inventory* (TSI) et de son adaptation française appelée *Inventaire du Style d'Intervention* (ISI).

Trois hypothèses de travail permettent de guider les étapes de la vérification des qualités psychométriques des deux instruments :

Hypothèse I :

La consistance interne de la version originale du test devrait se confirmer pour la version anglaise et se retrouver dans l'adaptation française du même test.

Hypothèse II :

Il devrait y avoir une corrélation positive entre les résultats des étudiants au test original (TSI) et à son adaptation française (ISI), 3 ans plus tard.

Il s'agit d'obtenir ainsi une estimation de la stabilité temporelle du test.

Hypothèse III :

La comparaison entre les scores moyens des étudiants au premier test et au second test sur les quatre styles d'intervention ne devrait pas révéler de différences significatives.

Si cette hypothèse était rejetée, l'analyse des différences entre les deux moments du test permettrait de formuler des hypothèses en vue d'une étude ultérieure portant sur l'impact d'une formation sur le style d'intervention des étudiants qui la complètent.

Chapitre 2

Méthode

Le présent chapitre traite de la description des participants, du déroulement de l'expérimentation et des étapes préliminaires afin d'obtenir une grille de compilation optimale des réponses (item) aux 12 situations du TSI.

Participants

Un premier échantillon est formé pour répondre à la première étape de la recherche qui porte sur les qualités psychométriques de l'instrument original du *Therapist Style Inventory*. Les participants proviennent de deux cohortes dont l'une en septembre 1994 et l'autre en septembre 1995. Ils s'agit d'étudiants admis en première année du baccalauréat en psychologie de l'Université du Québec à Trois-Rivières. Quatre cent vingt et un étudiants ont répondu au questionnaire du *Therapist Style Inventory*. De ce nombre, 61 ont été retirés parce qu'ils avaient déjà accumulé plus de 15 crédits. Cette épuration permet de s'assurer de la naïveté des participants par rapport à la psychologie. De plus, 23 questionnaires sont enlevés à cause des données manquantes. Par conséquent, l'échantillon est représenté par des étudiants qui ont suivi des cours de base en psychologie au niveau collégial. Au niveau universitaire, ils ont complété entre 0 et 15 crédits et ils démontrent un intérêt pour le domaine de la psychologie.

Pour le premier test, l'échantillon final se compose de 337 participants inscrits au cours « Introduction au programme de baccalauréat en psychologie » à l'Université du Québec à Trois-Rivières. Les participants, au nombre de 72 hommes (21%) et 265

femmes (79%) sont âgés entre 22 et 49 ans. L'âge moyen des participants est de 24.39 ans ($\bar{ET} = 3.77$).

Les deux cohortes, qui ont été testées en septembre 1994 et en septembre 1995, ont été retestées 3 ans plus tard, en avril 1997 et en avril 1998. Des 337 participants, 107 ont été retenus pour former le deuxième échantillon. En effet, dans le cadre du cours de « Relation d'aide auprès de l'adulte II » et « Relation d'aide auprès de l'âgé II », ces étudiants complètent le même test, mais cette fois dans une version française. L'échantillon comprend 20 hommes (19%) et 87 femmes (81%). Ils sont âgés entre 22 et 49 ans avec un âge moyen de 24.12 ans ($\bar{ET} = 3.37$).

Déroulement

Pour le pré-test, deux cohortes d'étudiants sont rencontrées à un an d'intervalle, septembre 1994 et septembre 1995, dans le cadre du cours « Introduction au programme de baccalauréat en psychologie » à l'Université du Québec à Trois-Rivières. L'expérience se déroule de façon similaire pour les deux cohortes. Le professeur rencontre les étudiants dans la salle de cours et distribue le questionnaire du *Therapist Style Inventory* dans sa version originale anglaise. Ensuite, il lit les consignes (voir Appendice C) à haute voix. Pour aider les étudiants aux prises avec des difficultés en langue anglaise, il traduit à haute voix les items du questionnaire, et les étudiants répondent individuellement sur une base volontaire. Le questionnaire se répond en deux temps. Pour chacune

des 12 situations, l'étudiant indique la lettre correspondant à la réponse qu'il aurait tendance à adopter s'il était le thérapeute. Ensuite, il reprend la situation, mais en inscrivant la lettre associée à la réponse qui décrit sa conception de l'attitude du thérapeute idéal.

Trois ans plus tard, avril 1997 et avril 1998, les étudiants sont invités à répondre sur une base volontaire au questionnaire une seconde fois dans le cadre du cours « Relation d'aide auprès de l'adulte II » et de « Relation d'aide auprès de l'âgé II ». Après lecture des consignes (voir Appendice D), les étudiants répondent individuellement au questionnaire. Lors de cette seconde passation, les étudiants utilisent une adaptation française du *Therapist Style Inventory*. Les préoccupations éthiques sont expliquées quant à la confidentialité de l'information.

Étapes Préliminaires afin d'Obtenir une Grille de Compilation

Optimale des Réponses (item) aux 12 Situations du TSI

Une analyse préliminaire des 337 protocoles du pré-test permet de mettre au point les quatre échelles de l'instrument utilisées dans la présente recherche afin de vérifier les trois hypothèses de travail. Dans une première étape, deux critères permettent de retenir les items performants : l'item de l'échelle doit être choisi par plus de 10 des 337

personnes qui correspond à 2.97% des sujets (voir Tableau 1) et la corrélation item-échelle doit être supérieure ou égale à 0.12, $p < .05$ (voir Tableau 2). Au départ, chacune des échelles possède 12 items, mais à la suite de cette analyse, des items sont éliminés. L'item 2 ($f = 1/337$; $r = -.04$, $p = .414$) et l'item 11 ($f = 1/337$; $r = -.04$, $p = .414$) sont retirés de l'échelle « style déterminant ». L'échelle « style enseignant » reste intacte. L'item 5 ($f = 4/337$; $r = .10$, $p = .051$) et l'item 6 ($f = 45/337$; $r = .03$, $p = .804$) sont retirés de l'échelle « style supportant ». Finalement, l'item 3 ($f = 3/337$; $r = .10$, $p = .065$), l'item 6 ($f = 2/337$; $r = .2341$, $p = .000$), l'item 7 ($f = 6/337$; $r = .16$, $p = .002$), l'item 10 ($f = 3/337$; $r = .19$, $p = .000$) et l'item 11 ($f = 5/337$; $r = .46$, $p = .000$) sont retirés de l'échelle « style déléguant ».

La deuxième étape consiste à examiner la relocalisation possible des items dans d'autres échelles où la corrélation de l'item est la plus forte. Par exemple, les résultats de l'item 2 ($f = 1/337$; $r = -.04$, $p = .414$) appartenant à l'échelle style déterminant sont comparés avec ceux des autres échelles pour voir si l'un d'eux ne mesureraient pas mieux l'échelle du style déterminant. À la suite de cette analyse, il n'a pas eu lieu de reclasser les items.

La dernière étape consiste à étudier la validité apparente des items dans leur échelle respective. Ce type de validité est réalisé de deux manières. D'abord, la lecture des items permet de corroborer la décision des auteurs (Howard, Nance, & Myers, 1986)

Tableau 1

Fréquence et pourcentage des réponses retenues pour chacun des items des quatre échelles ($N = 337$)

	Déterminant (S1)		Enseignant (S2)		Supportant (S3)		Déléguant (S4)	
Items	Fréquence d'apparition	Pourcentage						
01	A = 12	3.56	B = 232	68.84	C = 31	9.2	D = 62	18.40
02	A = 1	0.30	B = 129	38.28	D = 122	36.20	C = 85	25.22
03	A = 50	14.84	B = 159	47.18	C = 125	37.09	D = 3	0.89
04	C = 55	16.32	A = 212	62.91	B = 59	17.51	D = 11	3.26
05	A = 44	13.06	B = 276	81.90	C = 4	1.19	D = 13	3.86
06	D = 24	7.12	A = 266	78.93	B = 45	13.35	C = 2	0.59
07	A = 12	3.56	C = 75	22.26	B = 244	72.40	D = 6	1.78
08	A = 49	14.54	B = 203	60.24	C = 29	8.61	D = 56	16.62
09	A = 138	40.95	D = 88	37.38	C = 100	29.67	B = 11	3.26
10	D = 20	5.93	B = 225	66.77	A = 89	26.41	C = 3	0.89
11	A = 1	0.30	D = 115	34.12	C = 216	64.09	B = 5	1.49
12	B = 64	18.99	C = 112	33.23	D = 94	27.89	A = 67	19.88

Tableau 2

Coefficients de corrélation item-échelle des items
pour les échelles styles S1, S2, S3 et S4

Items	Style d'intervention			
	Déterminant (S1) (N = 337)	Enseignant (S 2) (N = 337)	Supportant (S3) (N = 337)	Déléguant (S4) (N = 337)
01	.2060***	.4190***	.2130***	.3636***
02	-.0447	.3624***	.3668***	.4060***
03	.3062***	.3427***	.3377***	.1008
04	.4042***	.2130***	.2247***	.2173***
05	.2345***	.3457***	.1066	.1491**
06	.2832***	.1513**	.0335	.2341***
07	.1884***	.2208***	.2106***	.1680**
08	.2086***	.3761***	.2677***	.3406***
09	.4717***	.1693**	.3539***	.3423***
10	.3225***	.3970***	.1377**	.1990***
11	-.0447	.1410**	.4328***	.4634***
12	.4157***	.3515***	.3293***	.4051***

** $p \leq .01$. *** $p \leq .001$.

concernant la localisation des réponses dans les quatre échelles du test et d'établir ainsi leur validité apparente. Ensuite, l'analyse psychométrique permet de vérifier le bien-fondé de cette décision. En effet, l'item de l'échelle doit rencontrer deux autres conditions : être retenu par plus de 10 personnes et présenter une corrélation significative ($r \geq 0.12, p \leq .05$) et plus forte avec son échelle que les autres réponses. Les résultats de cette analyse confirment la grille de correction des auteurs pour les situations 1, 8, 9 et 12 des items. Par contre, les situations 2, 3, 5, 6, 7, 10 et 11 sont partiellement confirmées à cause de l'élimination d'un ou deux réponses.

Suite à ces trois étapes, la grille originale (voir Figure 2) présente les modifications suivantes : le style déterminant contient 10 items, le style enseignant conserve ses 12 items, le style supportant comprend 10 items et le style déléguant compte 7 items. Ces analyses assurent que la répartition des réponses aux 12 situations dans les quatre échelles est optimale. Dans les étapes suivantes, la grille finale de correction (voir Figure 3) permettra de procéder à la vérification des hypothèses de travail.

STYLE D'INTERVENTION

ÉTUDIANT : _____

Grille d'analyse					Pertinence	
	S1 (Direction)	S2 (Guide)	S3 (Support)	S4 (Neutralité)	Tendance	Idéal
1	A 4	B 3	C 2	D 1		
2	A 3	B 4	D 1	C 2		
3	A 1	B 3	C 4	D 2		
4	C 1	A 2	B 3	D 4		
5	A 4	B 3	C 2	D 1		
6	D 1	A 4	B 3	C 2		
7	A 1	C 2	B 4	D 3		
8	A 1	B 2	C 3	D 4		
9	A 4	D 3	C 2	B 1		
10	D 3	B 4	A 2	C 1		
11	A 1	D 3	C 4	B 2		
12	B 1	C 2	D 3	A 4		
Entourez votre choix de réponse						

Figure 2. Grille de correction originale présentée par Howard, Nance et Myers (1986).

STYLE D'INTERVENTION

ÉTUDIANT : _____

Grille d'analyse					Pertinence			
	S1 (Direction)		S2 (Guide)		S3 (Support)	S4 (Neutralité)	Tendance	Idéal
1	A	4	B	3	C	2	D	1
2			B	4	D	1	C	2
3	A	1	B	3	C	4		
4	C	1	A	2	B	3	D	4
5	A	4	B	3			D	1
6	D	1	A	4				
7	A	1	C	2	B	4		
8	A	1	B	2	C	3	D	4
9	A	4	D	3	C	2	B	1
10	D	3	B	4	A	2		
11			D	3	C	4		
12	B	1	C	2	D	3	A	4
Entourez votre choix de réponse								

Figure 3. Grille de correction suite à l'analyse des corrélations item-échelle.

Chapitre 3

Présentation des résultats

Ce chapitre contient l'analyse des données et la présentation des résultats visant à vérifier les trois hypothèses de travail. D'abord, les analyses statistiques utilisées sont appliquées sur les 107 paires de participants et sont décrites en fonction des hypothèses de travail. Les résultats de ces analyses statistiques sont présentés dans un deuxième temps.

Analyses des Données

Dans cette étude, la première et la deuxième hypothèses de travail permettent de préciser la fidélité du test original du *Therapist Style Inventory* et de son adaptation française l'*Inventaire des Styles d'Intervention* administrée 3 ans plus tard. La troisième hypothèse de travail, permet de comparer la moyenne des scores obtenus par le groupe d'étudiants au premier test dans sa version originale avec celle obtenue dans son adaptation française. Les analyses statistiques des données ont été faites à l'aide de la version 4.1.4 du logiciel SPSS (Statistical Package for the Social Science, SPSS, 1996). Pour le traitement statistique, nous avons fait appel au Centre de Consultation Statistique, Département de mathématiques et d'informatique à l'Université du Québec à Trois-Rivières.

Les qualités psychométriques du test original, le *Therapist Style Inventory* et de son adaptation française l'*Inventaire du Style d'Intervention*, est vérifiée de quatre manières. L'étude psychométrique des échelles passe par une analyse des corrélations item-

échelle qui permet d'évaluer le degré d'homogénéité des échelles de la version anglaise originale et de son adaptation française. Cette première analyse reprend l'étude préliminaire avec la grille révisée et seulement avec les 107 participants qui ont répondu aux deux formes du test. La consistance interne est ensuite jugée à l'aide du test alpha de Cronbach qui mesure la contribution des items à l'homogénéité des échelles du test original du *Therapist Style Inventory* et de son adaptation française, l'*Inventaire du Style d'Intervention*. La technique des corrélations entre les deux moitiés des échelles est aussi utilisée pour l'étude de la consistance interne. Cette technique se rapproche de la méthode qui avait été utilisée par les auteurs du test (Howard, Nance, & Myers, 1986). Cette technique consiste à calculer la corrélation entre la somme des items pairs et celle des items impairs d'une même échelle du test, alors que les auteurs du test qui calculaient la corrélation entre chacune des formes brèves de leur test avec la somme totale correspondant à la forme longue du TSI. La corrélation de Pearson permet de déterminer si la corrélation obtenue entre la somme des items pairs et impairs d'une échelle du test original (TSI) sont comparables avec celle obtenue à son adaptation française (ISI). Cette méthode est plus sévère que celle présentée par Howard, Nance et Myers (1986).

Les analyses de l'homogénéité des échelles seront suivies d'une étude test-retest. La corrélation test-retest fournit un aperçu de la stabilité temporelle du test original. Il s'agit de comparer les scores globaux des échelles du test original dans sa version anglaise avec les scores globaux des échelles de son adaptation française administrée trois

ans plus tard avec le même groupe d'étudiants. Cette corrélation test-retest vérifie l'existence d'un lien entre les résultats des étudiants au test original (*Therapist Style Inventory*) et ceux de son adaptation française. Il s'agit d'un estimé très sévère puisque trois années de formation en psychologie séparent le test du retest.

Dans la troisième hypothèse, un test de comparaison entre la moyenne des scores des étudiants au test de la version originale et celle obtenue de son adaptation française est calculé pour vérifier si la différence des moyennes aux échelles révèlent des changements dans le style d'intervention des étudiants entre le début et la fin du baccalauréat. L'hypothèse nulle fut retenue pour cette hypothèse compte tenu de l'absence d'arguments en faveur de l'hypothèse alternative et de la nature exploratoire de cette recherche.

Présentation des Résultats

Qualités psychométriques du TSI et de son Adaptation Française Nommée ISI

Homogénéité des items et consistance interne

L'étude de l'homogénéité des items et de la consistance interne des échelles du test original (*Therapist Style Inventory*) et de son adaptation française (*Inventaire du Style d'Intervention*) comporte l'application de trois techniques : les corrélations item-

échelle, le coefficient alpha de Cronbach et les corrélations entre les deux moitiés des échelles des items selon qu'elles regroupent les items pairs ou impairs.

Corrélations item-échelle. D'abord, l'analyse des corrélations item-échelle (voir Tableau 3) présente dans l'ensemble un degré minimal d'homogénéité des échelles. Les items obtiennent une corrélation positive et significative au seuil de .05, plus élevée avec l'échelle à laquelle ils appartiennent qu'avec les autres échelles du test. Cela indique que les items des deux versions de l'instrument appartiennent bien à chacune des échelles où ils ont été classés lors de l'étude préliminaire. Par contre, dans le test original, certains items n'obtiennent pas une corrélation significative avec leur échelle d'appartenance (échelle S2 : item 4 [$r = .16$], item 6 [$r = .12$], item 9 [$r = -.00$] et item 11 [$r = .00$] ; échelle S3 : item 4 [$r = .18$], item 7 [$r = .15$] et item 10 [$r = .00$] ; échelle S4 : item 5 [$r = .18$]), ainsi qu'à son adaptation française (ISI), 3 ans plus tard (échelle S1 : item 1 [$r = .00$] et item 7 [$r = .16$] ; échelle S2 : item 7 [$r = .15$] ; échelle S3 : item 1 [$r = .16$], item 4 [$r = .16$] et item 10 [$r = -.15$] ; échelle S4 : item 2 [$r = -.09$] et item 9 [$r = .14$]). Les résultats des corrélations item-échelle ne sont pas pires dans la version française que dans la version anglaise d'autant plus qu'il s'agit pour cette dernière d'un sous-échantillon du groupe de 337 sujets.

Tableau 3

Coefficients de corrélation item-échelle et consistance interne des échelles du test original (TSI) et de l'adaptation française (ISI), 3 ans plus tard ($n = 107$)

	Déterminant (S1)		Enseignant (S 2)		Supportant (S3)		Déléguant (S4)	
Items	Test original	Retest adapté	Test original	Retest adapté	Test original	Retest adapté	Test original	Retest adapté
01	.20*	.00		.35*** .21*		.29** .16	.31***	.29**
02	—	—		.33*** .34***		.36*** .46***	.43***	-.09
03	.31*** .36***			.38*** .24**		.30** .24**	—	—
04	.42*** .52***		.16	.46***	.18	.16	.23**	.25**
05	.22* .21*			.43*** .32***	—	—	.18	.33***
06	.20* .44***		.12	.40***	—	—	—	—
07	.29** .16			.24** .15	.15	.27**	—	—
08	.29** .25**			.48*** .34***	.20*	.19*	.44***	.41***
09	.49*** .35***	- .00		.24**		.36*** .46***	.31***	.14
10	.29** .42***			.40*** .39***	.00	-.15	—	—
11	—	—		.00	.24**	.50*** .37***	—	—
12	.43*** .28**			.24** .20*		.25** .39***	.33***	.49***
Alpha Cronbach global ($n = 107$)								
	.20	.17		.11 -.03		-.07 -.12	-.30	.04

* $p \leq .05$. ** $p \leq .01$. *** $p \leq .001$.

L'examen des corrélations entre les items et les diverses échelles suggère que, dans la version française, l'item 10 devrait passer de l'échelle supportant ($r = -.15$) à l'échelle déterminant ($r = .21$) alors que l'item 2 devrait se déplacer de l'échelle délégant ($r = -.09$) à l'échelle enseignant ($r = .34$). Néanmoins, la décision a été retenue de procéder à la poursuite des traitements statistiques prévus en utilisant les échelles définies suite à l'étude préliminaire auprès de 337 protocoles.

Coefficient alpha. Par ailleurs, il est possible aussi de constater que la valeur des coefficients alpha du test original (TSI) et de son adaptation en français (ISI) révèlent l'absence de consistance interne des échelles (S1, S2, S3 et S4). En effet, les coefficients alpha du test original (TSI) varient de .20 pour l'échelle déterminant à -.30 pour l'échelle délégant. Pour la version adaptée du même test en français (ISI), les coefficients varient de .17 pour l'échelle déterminant à -.12 pour l'échelle supportant. Par conséquent, ces résultats signifient que la première hypothèse de travail est infirmée parce que les degrés de la consistance interne n'atteignent pas le seuil de .80 généralement requis pour conclure à un degré de consistance interne satisfaisant. Donc, la première hypothèse doit être rejetée. Il est possible d'affirmer qu'il n'y a pas de consistance interne entre les items composant chacune des échelles du test original (TSI) administré lors de la première prise de mesures et cette consistance interne ne se retrouve pas plus dans l'adaptation française (ISI), lors de la deuxième prise de mesures.

Corrélations entre la somme des items pairs et impairs de chacune des échelles.

L'analyse des corrélations obtenues entre les deux moitiés de l'échelle selon qu'elle regroupe les items pairs ou impairs (voir Tableau 4) confirme, pour l'ensemble des échelles du test original (TSI) et de son adaptation en français (ISI), l'absence de consistance interne. En effet, le degré de consistance interne au test original, pour les 107 étudiants, varient de .09 pour l'échelle déléguant à -.14 pour l'échelle enseignant, tandis que pour son adaptation française, la valeur des coefficients de corrélation varient de -.01 pour l'échelle enseignant à -.11 pour l'échelle déléguant.

Ces deux dernières techniques (coefficient alpha et corrélations entre les deux moitiés des échelles d'items pairs-impairs) révèlent sensiblement les mêmes résultats et infirment la première hypothèse. Par conséquent, ces résultats confirment qu'il n'y a pas de consistance interne entre les items composant chacune des échelles du test original administré lors de la première prise de mesures et cette consistance interne ne se retrouve pas davantage dans l'adaptation française lors de la deuxième prise de mesures. Ces analyses diffèrent de celle que rapportent les auteurs (Howard, Nance, & Myers, 1986) de l'instrument dans une recherche effectuée en 1986 auprès d'un échantillon de 44 participants où les corrélations entre les parties A et B du test corrélaient avec le score de la forme longue du test, c'est-à-dire avec la somme des deux parties.

Tableau 4

Consistance interne des échelles du test original (TSI) ($N = 337$ et $n = 107$)
et de l'adaptation française (ISI) ($n = 107$)

Échelles	Coefficients de corrélations de Pearson entre deux moitiées de l'échelle par catégories d'items pairs-impairs		
	Test original ($N = 337$)	Test original ($n = 107$)	Test adapté ($n = 107$)
Déterminant (S1)	- .0386	- .0745	- .0666
Enseignant (S2)	- .0250	- .1388	- .0075
Supportant (S3)	- .0796	- .1292	- .0616
Déléguant (S4)	.0508	.0943	- .1121

* $p < .05$.

Stabilité temporelle

L'analyse de la fidélité de l'instrument original et de son adaptation française après 3 ans compare, dans une corrélation test-retest, la prise de mesure de la version anglaise originale avec celle de son adaptation en français. La corrélation de Pearson met en relation les résultats obtenus des étudiants au test original dans sa version anglaise avec

ceux obtenus à son adaptation française. Étant donné que les prises de mesures de chacun de ces tests ont été présentées différemment, l'intérêt de cette analyse est de vérifier la constance dans le temps des scores obtenus par les étudiants sur les styles d'intervention. Le Tableau 5 présente les résultats obtenus lors de l'analyse de la stabilité temporelle (test-retest). Ces résultats montrent des corrélations non significatives pour ne pas dire complètement nulles.

Les coefficients de corrélation de la stabilité temporelle varient de .10 pour l'échelle S2 à -.10 pour l'échelle S3 sans atteindre le seuil de signification fixé à .05. Par conséquent, ces résultats infirment la deuxième hypothèse de travail et il est possible d'affirmer qu'il n'y a pas de corrélation entre les résultats obtenus aux échelles du *The-rapist Style Inventory* et celles de son adaptation française (ISI).

Test de Comparaison des moyennes

Les résultats obtenus à la comparaison entre les moyennes des échelles au test et au retest révèlent dans quel sens le style d'intervention des étudiants a changé suite à leur formation.

Tableau 5

Stabilité temporelle (test-retest) entre les résultats des étudiants au test original (TSI) et de l'adaptation française (ISI), 3 ans plus tard

Échelles	Coefficients de corrélation de Pearson (n = 107)	Probabilité
Déterminant (S1)	- .02	<i>p</i> = .837
Enseignant (S2)	.10	<i>p</i> = .289
Supportant (S3)	- .10	<i>p</i> = .314
Déléguant (S4)	- .00	<i>p</i> = .981

Le Tableau 6 présente les résultats obtenus au test *t* de Student qui confirment la troisième hypothèse de travail pour une seule des quatre échelles. En effet, les résultats révèlent que les étudiants maintiennent leur préférence pour le style enseignant lors des deux prises de mesures, la version originale ($M = 4.66$) et son adaptation française ($M = 4.77$), $t(106) = 0.55$, $p > .05$. Par contre, les résultats du test *t* de Student révèlent qu'il y a une différence significative entre le test et le retest, pour les styles déterminant ($t(106) = 3.35$, $p < .01$), supportant ($t(106) = 7.60$, $p < .001$) et déléguant ($t(106) = 4.90$, $p < .001$).

Tableau 6

Comparaison de moyennes entre les scores des étudiants obtenus test original (TSI) et les scores obtenus au test adapté (ISI), 3 ans plus tard ($n = 107$)

Échelles	Test original		Test adapté		
	<i>M</i>	<i>ET</i>	<i>M</i>	<i>ET</i>	<i>t</i> (106)
Déterminant (S1)	2.87	1.25	2.30	1.22	3.35**
Enseignant (S2)	4.66	1.45	4.77	1.45	0.55
Supportant (S3)	2.38	1.11	3.62	1.20	7.60***
Déléguant (S4)	2.08	1.31	1.32	0.93	4.90***

** $p < .01$. *** $p < .001$.

Les scores du style déterminant sont plus forts à la première prise de mesures ($M = 2.87$) qu'à la deuxième ($M = 2.30$). De la même façon, la moyenne de 2.08 pour le style déléguant diminue à 1.32 lors du retest. Quant au style supportant, la moyenne passe de 2.38, lors de la première prise de mesure à 3.62 au retest.

En résumé, les résultats des analyses de fidélité du *Therapist Style Inventory* et de l'adaptation française (*Inventaire du Style d'Intervention*) administrée 3 ans plus tard viennent infirmer la première et la deuxième hypothèse de travail. En effet, la consistance interne ne s'améliore pas dans l'adaptation française au moment du retest, 3 ans

plus tard et les résultats au test démontrent des fluctuations temporelles. La troisième hypothèse de travail révèle une différence significative entre les scores moyens des étudiants au premier test et ceux obtenus au retest pour les styles S1 (déterminant), S3 (supportant) et S4 (déléguant). Le S2 (enseignant) demeure le style dominant tant au pré-test qu'au post-test sans que sa moyenne change de façon significative.

Chapitre 4

Discussion

Dans un premier temps, l'analyse des items a permis d'obtenir une grille de compilation optimale des choix de réponses aux 12 situations. Ainsi, l'item de l'échelle est retiré si moins de 10 des 337 sujets le choisissent ou que sa corrélation avec son échelle est inférieure à .12. À la suite de cette analyse, 10 items pour chacune des échelles S1 (déterminant) et S3 (supportant), 12 items pour l'échelle S2 (enseignant) et 7 items pour l'échelle S4 (déléguant) ont servi à la vérification des trois hypothèses de ce travail.

Ce chapitre porte sur les quatre questions suivantes : Pourquoi un test présentant une validité apparente n'a-t-il pas de consistance interne ? Pourquoi les corrélations test-retest tendent-elles vers zéro ? Comment expliquer les changements survenus au niveau des réponses des sujets suite à leur formation en psychologie ? Finalement, les étudiants qui ont complété leur baccalauréat en trois ans différaient-ils de ceux qui l'ont abandonné ?

Consistance Interne et Validité Apparente

La première hypothèse de travail stipulant que la consistance interne de la version originale du test devrait se retrouver dans l'adaptation française du même test est infirmée. L'information recherchée en ce qui concerne cette hypothèse est de savoir si la consistance interne des échelles du test original se retrouve dans son adaptation fran-

çaise au moment du retest. Les résultats démontrent une consistance interne très insatisfaisante.

À la suite de ces résultats, il y a lieu de s'interroger sur la validité apparente que présente le test d'une part et d'autre part sur son absence de consistance interne. Ces résultats peuvent s'expliquer par les différences qui existent entre le processus de la validité apparente et celui de la consistance interne.

D'abord, la validité apparente est déterminée par des experts, alors que l'homogénéité des échelles repose sur les réponses des sujets. En effet, le *Therapist Style Inventory* (Howard, Nance, & Myers, 1986) est un test conçu pour évaluer la théorie du counseling et thérapie adaptatifs (CTA) de Howard, Nance et Myers (1987). Les concepteurs du test s'appuient sur les dimensions de direction et de support pour classifier les items à l'intérieur des quatre échelles du test. La lecture des items semble leur donner raison. Par contre, au moment où les participants répondent au test, les dimensions de direction et de support contenues dans les items peuvent être absentes de leur esprit. Aussi, la consistance interne du questionnaire reflète la cohérence interne de la pensée des répondants. Étant donné que les sujets de la présente étude ne connaissent pas la théorie du CTA pour guider leur choix de réponse, ils ne peuvent ni évaluer la situation, ni partager le point de vue des auteurs. Cela pourrait expliquer l'inconsistance des résultats au test.

Ensuite, les juges, au moment de l'étude de la validité apparente, connaissent les dimensions sur lesquelles évaluer les items, alors que les réponses des participants dépendent de leurs tendances personnelles, de leurs croyances face à ce qui devrait se passer en psychothérapie et de leur évaluation subjective du client. Par conséquent, la réflexion des juges et des sujets s'appuient sur des critères différents pour répondre au test.

Finalement, la validité apparente ne tient pas compte de l'attrait des items, alors qu'un item non sélectionné par les participants ou trop populaire doit être éliminé lors des analyses d'homogénéité des échelles. C'est particulièrement le cas lorsqu'ils ne doivent retenir qu'un seul choix pour chaque ensemble des quatre réponses à une situation. En ordonnant les choix de réponses aux situations, la popularité des items serait peut-être moins déterminante.

Pour conclure sur cette question, la pertinence des techniques psychométriques traditionnelles d'évaluation des tests psychologiques pourrait être remise en question et expliquer l'abandon apparent de ce test par ses auteurs et la rareté des informations publiées concernant cet instrument.

Faiblesse des Corrélations Test-Retest

La deuxième hypothèse de travail selon laquelle il devrait y avoir une corrélation positive entre les résultats des étudiants au test original et ceux obtenus à son adaptation française, est infirmée. Les résultats obtenus indiquent qu'il n'existe pas de relation entre les deux mesures. En effet, les corrélations test-retest pour les quatre échelles du *Therapist Style Inventory* et de l'adaptation française (*Inventaire du Style d'Intervention*) sont presque nulles. Ces résultats suggèrent que l'instrument original et son adaptation française ne peuvent être considérés comme étant équivalents et que les résultats obtenus au pré-test sont indépendants de ceux qui ont été obtenus au post-test.

Le fait que les corrélations test-retest tendent vers zéro s'explique d'une certaine manière. Il faut dire que les conditions pour vérifier la stabilité temporelle de ce test étaient très favorables au maintien de l'hypothèse nulle pour plusieurs raisons. D'abord, il y a un écart de trois ans entre les deux prises de mesures. Ensuite, il y a eu la formation en psychologie qui s'est insérée dans l'écart de ces trois ans. Finalement, l'absence d'homogénéité des échelles laisse croire que les réponses des participants au test étaient relativement aléatoires puisqu'ils n'avaient pas d'information sur la théorie du counseling et thérapie adaptatifs (CTA) (Howard, Nance, & Myers, 1986) qui leur aurait permis d'évaluer les situations d'une part et les interventions d'autre part afin de les appuyer de façon consistante. D'ailleurs, l'étude de Gabbard, Howard et Dunfee (1986) révèle que les sujets répondent mieux au test après avoir reçu la formation sur la théorie

de l'CTA qui leur permet de mieux faire coïncider les réponses aux situations. Donc, les étudiants ne possédant pas la théorie de l'CTA pouvaient difficilement répondre d'une façon consistante au questionnaire.

Formation en Psychologie et Style d'Intervention

La troisième hypothèse de travail est l'hypothèse nulle selon laquelle la comparaison entre les scores moyens des étudiants au premier test et au second test sur les quatre styles d'intervention ne devrait pas révéler de différences significatives. Ce choix s'explique par le fait que, suite à des recherches effectuées dans la littérature, il ne semble pas y avoir eu d'études publiées à l'effet qu'on devrait s'attendre à des changements sur les quatre styles d'intervention après une formation en psychologie. L'hypothèse nulle est retenue à des fins exploratoires.

Les résultats obtenus de ces analyses suggèrent une explication pour les changements survenus au niveau des réponses des sujets suite à leur formation en psychologie. D'abord, l'hypothèse nulle qui avait été posée à des fins exploratoires a été rejetée pour trois des quatre échelles du test. Les changements vont dans le sens d'une augmentation des scores de l'échelle S3 (supportant) et d'une diminution des échelles S4 (déléguant) et S1 (déterminant). Il s'agit donc d'une diminution des deux échelles qui se caractérisent par l'absence de support (S4 et S1) et d'une augmentation de l'échelle non directive avec support (S3), ce qui fait qu'après une formation de baccalauréat en psycholo-

gie, les quatre échelles se répartissent en deux groupes autour de la dimension de support.

Pour comparer l'attrait relatif des diverses échelles entre elles, les moyennes ont été divisées par le nombre d'items retenus pour chacune des échelles (voir Tableau 7). Cette procédure permet de ramener les scores relatifs des diverses échelles sur une même base, c'est-à-dire l'adhésion moyenne aux items de chaque échelle. L'examen de ce tableau révèle que les changements les plus marqués concernent la diminution des réponses de neutralité (rang 2 au pré-test et rang 4 au post-test) et l'augmentation des réponses de soutien (rang 4 au pré-test et rang 2 au post-test).

Ces données pourraient être interprétées comme un argument pour appuyer la validité de construit des échelles si on pouvait démontrer que les enseignements fournis tout au long du baccalauréat en psychologie à l'Université du Québec à Trois-Rivières, et particulièrement lors des cours « Relation d'aide », favorisent une attitude humaniste qui encourage l'étudiant à adopter une attitude empathique, chaleureuse et acceptante à l'égard du client. Par contre, si le test était valide, cette approche humaniste n'exclurait pas la directivité avec soutien caractérisée par l'échelle S2 (enseignant) qui arrive en

Tableau 7

L'attrait relatif des échelles de l'*Inventaire du Style d'Intervention* (ISI)
au début et à la fin du baccalauréat en psychologie ($n = 107$)

Échelles	Styles	Dimensions		Début du baccalauréat		Fin du baccalauréat	
		Direction	Support	Attrait	Rang	Attrait	Rang
S1	Déterminant	+	-	.287	3	.230	3
S2	Enseignant	+	+	.388	1	.397	1
S3	Supportant	-	+	.238	4	.362	2
S4	Déléguant	-	-	.297	2	.188	4

tête de liste tant au début qu'à la fin du baccalauréat. Aussi, on peut observer que l'échelle S4 (déléguant), c'est-à-dire celle qui est représentée par de la non-directivité et l'absence de support, pourrait être interprétée par de l'indifférence à l'égard du client et rejeté par les étudiants à la fin du baccalauréat.

Cette interprétation des résultats, aux tests de comparaison de moyennes, est présentée uniquement à titre exploratoire. De plus, les réflexions qui ont été dégagées, devront être traitées avec une très grande prudence compte tenu que la fidélité de l'instrument n'a pas été démontrée. Toutefois, considérant que l'instrument démontre

une faiblesse dans la consistance interne et que la constance dans le temps est fluctuante au niveau des styles d'intervention entre la première prise de mesures et la seconde, cette dernière observation pourrait mener vers l'exploration d'hypothèses qui pourraient être vérifiées ultérieurement avec une seule forme d'instrument qui serait amélioré par rapport à l'instrument utilisé dans la présente étude. Finalement, cette observation suggère la question suivante : les styles d'intervention valorisés par les étudiants qui terminent leur baccalauréat diffèrent-ils de ceux qu'on ne retrouve pas à la fin de la troisième année de scolarité ?

Valeurs des Étudiants et Complétude du Baccalauréat en Psychologie

Pour vérifier si les valeurs des étudiants en première année du baccalauréat en psychologie diffèrent déjà selon qu'ils poursuivront ou pas leur baccalauréat jusqu'à la fin, il s'agit de comparer les scores aux échelles du test des 107 étudiants qui ont terminé leur baccalauréat en psychologie « présents » avec ceux des 230 étudiants qui n'étaient pas dans les cours « Relations d'aide II » en troisième année « absents ». La comparaison entre ces moyennes indique que sur deux échelles (S1 et S3), il n'y a pas de différence significative entre les deux groupes d'étudiants. La première différence significative porte sur l'échelle S2 (enseignant) où les présents ont obtenu une moyenne inférieure aux absents ($M [n = 107] = 4.66$ comparé à $M [n = 230] = 5.11$, $t(335) = 2.65$, $p < .01$). Enfin, la deuxième différence significative concerne l'échelle S4

(déléguant). Cette fois-ci, les présents ont obtenu une moyenne supérieure aux absents au retest ($M[n = 107] = 2.08$ comparé à $M[n = 230] = 1.70$, $t(335) = 2.71$, $p < .01$).

Pour comparer les différences entre les absents et les présents concernant l'attrait des divers styles, les moyennes de chaque échelle sont divisées par leur nombre d'items (voir Tableau 8). L'observation de ce tableau révèle que les présents diffèrent significativement des absents sur deux dimensions. En comparant les deux groupes d'étudiants au début de la formation, les présents avaient moins tendance à démontrer un style enseignant que les absents et exprimaient une préférence pour le style déléguant. En d'autres mots, les présents avaient adoptés un style d'intervention ayant les dimensions non directive et non supportante plutôt que directive et supportante. Ces résultats pourraient laisser croire que le programme correspondrait mieux à leurs valeurs initiales. Pour les absents, l'hypothèse pourrait être que le programme de formation tel que préconisé au département de psychologie à l'Université du Québec à Trois-Rivières ne correspondrait pas à leurs attentes. Par conséquent, cela pourrait peut-être expliquer leur abandon.

Par contre, après leur formation en psychologie, les présents, tendent à ressembler davantage aux absents. Si on examine la Figure 4, concernant les styles d'intervention enseignant et déléguant, les présents, au début de leur formation, n'ont pas tendance à adopter le rôle d'enseignant auprès de leur client comme dans le cas des absents. Par

Tableau 8

L'attrait relatif des échelles de l'*Inventaire du Style d'Intervention* (ISI) pour les étudiants qui étaient absents et présents au cours de « Relation d'aide II », 3 ans plus tard

	Dimensions	Absents (es) (n = 230)		Présents (es) (n = 107)				
		Échelles	Styles	Direction	Support	Différence	Rang	Différence
S1	Déterminant	+	-		.275	2	.287	3
S2	Enseignant	+	+		.426	1	.388	1
S3	Supportant	-	+		.252	3	.238	4
S4	Déléguant	-	-		.243	4	.297	2

contre, à la fin de leur formation, ils changent leur conception de la psychothérapie pour surpasser les attitudes qui caractérisaient les absents. Quant au style déléguant, les présents, au début de leur formation, déléguaien plus que les absents pour finalement adopter, de façon encore plus marquée, un style d'intervention supportant. Ces données seraient compatibles avec la formation humaniste préconisée à l'Université du Québec à Trois-Rivières.

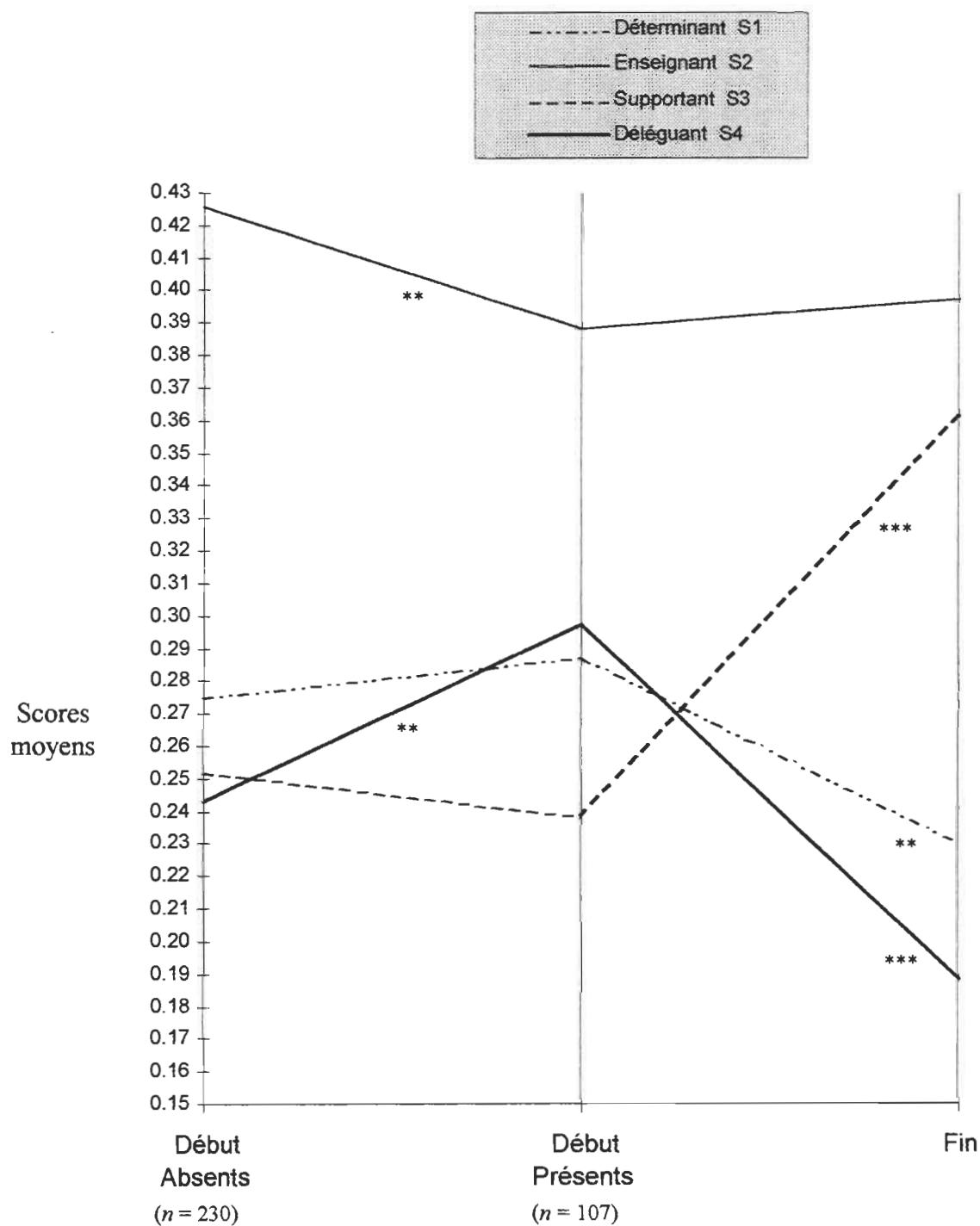


Figure 4. Illustration de l'attrait relatif des divers styles d'intervention des absents, des présents au début et à la fin du baccalauréat en psychologie.

** $p < .01$. *** $p < .001$.

Cette dernière question, en plus de présenter les limites qui ont été discutées à la question précédente (les valeurs psychométriques de l'instrument n'ont pas été démontrées), pose le problème de ne pas savoir exactement en quoi les absents se distinguent des présents. Outre le fait que les sujets sont inscrits ou non au cours de « Relation d'aide II », les raisons qui font qu'un sujet soit qualifié d'absent peuvent être de toutes sortes. Par exemple, certains d'entre eux ont pu s'inscrire dans un programme de formation autre que la psychologie. D'autres ont pu opter pour un profil B, non clinique, excluant les cours de « Relation d'aide ». D'autres ont pu répartir leur scolarité sur une période de 4 ans. Enfin, des étudiants se sont peut-être inscrits à d'autres Universités pour compléter leur baccalauréat. Ces variables n'ayant pas été contrôlées, ces observations doivent être considérées avec une très grande prudence.

Conclusion

L'objectif de l'étude était de vérifier les qualités psychométriques du test original du *Therapist Style Inventory* (Howard, Nance, & Myers, 1986) et de l'adaptation française appelée *Inventaire du Style d'Intervention* en regard du style préféré d'intervention de l'étudiant au début et à la fin du baccalauréat en psychologie. Deux étapes ont permis d'atteindre l'objectif de la recherche. D'abord, l'étude de l'homogénéité interne des échelles effectuée lors de l'analyse préliminaire sur les 337 protocoles du pré-test a permis de prendre une décision concernant la pertinence et la classification des items. Lors de cette vérification, 39 des 48 items ont été retenus. Ces analyses assuraient que la répartition des réponses aux 12 situations, dans les quatre échelles, était optimale. Dans l'étape suivante, cette grille de correction révisée est devenue finale et a permis de procéder à la vérification des trois hypothèses de travail.

La vérification de la fidélité des deux tests permet de préciser leur qualité psychométrique et donne des orientations pour les futures recherches. En effet, les résultats obtenus des analyses psychométriques, lors de la vérification de la première hypothèse, révèlent que le test original (*Therapist Style Inventory*) et son adaptation française (*Inventaire du Style d'Intervention*) ne présentent pas les qualités psychométriques requises pour être utilisés par les praticiens et les chercheurs pour évaluer le style d'intervention. Les résultats obtenus de l'étude d'homogénéité interne des échelles effectuée lors de l'analyse sur les 107 participants, au test et au retest, révèlent que d'autres items, conservés avec les 337 sujets, devraient être retirés. Sur les 39 items qui avaient été retenus suite à l'étude préliminaire, 14 autres auraient dû être retirés, ce qui

ramène les 48 items du test original à 25. Il convient donc de reprendre ce questionnaire à la base et de reformuler les situations, les items ainsi que la façon de répondre au test. L'étude de la fidélité de ce nouvel instrument devrait présenter une même forme au test et au retest pour éliminer une source d'erreurs de mesure.

Malgré les limites signalées lors de l'évaluation des hypothèses de travail, cette recherche présente certains intérêts. Un premier concerne celui du professionnel. D'abord, l'instrument permet à l'intervenant de clarifier son style d'intervention. Ensuite, il offre la possibilité de vérifier la théorie du CTA portant sur l'importance d'adapter les styles d'intervention au degré d'ouverture au changement du client en vue d'une efficacité accrue de l'intervention. Si la mesure de l'adaptabilité était valide, elle pourrait servir au thérapeute pour évaluer son efficacité thérapeutique et fournir des directions de changements dans les styles d'intervention à développer.

Un autre intérêt vient en rapport avec la formation. L'usage d'un tel instrument favoriserait une formation préconisant une ouverture aux divers styles d'intervention dans la mesure où ces derniers correspondent aux caractéristiques des clients. En effet, autant le thérapeute en formation que le professionnel auraient avantage à préciser leur style préférentiel et par la suite, à réfléchir sur leur style d'intervention et à s'ouvrir aux apports des différentes approches.

Un outil valide pour mesurer les styles d'intervention préférentiels et l'adaptabilité de l'intervenant permettrait de poursuivre de nombreuses recherches sur la théorie du CTA. Ainsi, l'hypothèse concernant la relation entre l'adaptabilité et l'efficacité de l'intervenant pourrait être démontrée scientifiquement. Pour l'instant, cette hypothèse reste à démontrer.

Références

- Adler, A. (1969). *The science of living* (2^e éd.). New York : Anchor Books.
- Allen, B. P. (1997). *Personnalité theories : developement, growth, and diversity* (2^e éd.). Boston : Allyn & Bacon.
- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorder* (4^e éd.). Washington, DC : Author.
- Anderson, M. Z. (1991). *Client readiness and counselor preference*. Thèse de doctorat inédite, Université de Illinois, Urbana-Champlain, IL.
- Anderson, M. Z., & Tracey, T. J. (1995, Hiver). Application of adaptive counseling and therapy to career counseling. *Journal of Career Assessment*, 3(1), 75-88.
- Ansbacher, H. L., & Ansbacher, R.R. (Éds). (1964). *The individual psychology of Alfred Adler : A systematic presentation in selections from his writing*. New York : Harper & Row.
- Arkowitz, H. (1992). A common factors therapy for depression. Dans J. C. Norcross, & M. R. Goldfried (Éds), *Handbook of psychotherapy integration* (pp. 402-432). New York : Basic Books.
- Bandura, A. (Éd.). (1977). *Social learning theory*. Englewood Cliffs, NJ : Prentice-Hall.
- Beck, A. T. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. New York : International Universities Press.
- Bergin, A. E., & Garfield, S. L. (Éds). (1994). *Handbook of psychotherapy and behavior change* (4^e éd.). New York : Wiley & Sons.
- Bertalanffy, L. (1974). General systems theory and psychiatry. Dans S. Arieti (Ed.), *American handbook of psychiatry* (Vol. 1) (pp. 1095-1117). New York : Basic Books.
- Beutler, L.E. (1986). Systematic eclectic psychotherapy. Dans J. C. Norcross (Éd.), *Handbook of eclectic psychotherapy* (pp. 94-131). New York : Brunner/Mazel.
- Corsini, R. J. (1995). Introduction. Dans R. J. Corsini, & D. Wedding (Éds), *Current psychotherapies* (5^e éd.) (pp. 1-14). Illinois : Peacock.
- Corsini, R. J., & Wedding, D. (Éds). (1995). *Current psychotherapies* (5^e éd.). Illinois : Peacock..

- Dollar, J., & Miller, N.E. (1950). *Personality and psychotherapy : An analysis in terms of learning, thinking, and culture*. New York : McGraw-Hill.
- Ellis, A. (1962). *Reason and emotion in psychotherapy*. Secause, NJ : Citadel Press.
- Ellis, A. (1979). The theory of rational-emotive therapy. Dans A. Ellis & J. M. Whiteley (Éds), *Theoretical and empirical foundations of rational-emotive therapy* (pp. 43-60). Monterey, CA : Brooks/Cole.
- Ellis, A (1992). The ABC's of rational-emotive therapy. Dans J.K. Zeig (Ed.), *The evolution of psychotherapy : The seconde conference* (pp. 79-92). New York : Brunner/Mazel.
- Fensterheim, H., & Glazer, H. I. (1983). *Behavioral psychotherapy : Basic principles and case studies in an integrative clinical model*. New York : Brunner/Mazel.
- Frankl, V. L. (1967). *Psychotherapy and existentialism : Selected papers on logotherapy*. New York : Washington Square Press.
- Frankl, V. L. (1986). *The doctor and the soul : From psychotherapy to logotherapy*. New York : Vintage Books.
- Freud, S. (1920). Au-delà du principe du plaisir. Dans S. Freud, *Essais de psychanalyse* (Paris, 1981), (Traduit de l'allemand par J. Laplanche & J.-B. Pontalis) (pp. 43-115). Paris : Petite Bibliothèque Payot.
- Freud, S. (1923). Le moi et le ça. Dans S. Freud, *Essais de psychanalyse* (Paris, 1981), (Traduit de l'allemand par J. Laplanche) (pp. 221- 275). Paris : Petite Bibliothèque Payot.
- Freud, S. (1950). *Beyond the pleasure principle*. New York : Liveright.
- Freud, S. (1962). *The ego and the id*. London : Hogarth Press.
- Freud, S. (1933). *New introductory lectures on psychoanalysis*. New York : Norton.
- Friedlander, M. (1986, Juillet). Adaptative counseling and therapy : Description or prescription ? *The counseling psychologist*, 14(3), 448-453.
- Gabbard, C. E., Howard, S. H., & Dunfee, E.J.(1986). Reliability, sensitivity to measuring change, and construct validity of a measure of counselor adaptability. *Journal of Counseling Psychology*, 33, 377-386.

- Garfield, S.L. (1986). An eclectic psychotherapy. Dans J. C. Norcross (Éd.), *Handbook of eclectic psychotherapy* (pp. 132-162). New York : Brunner/Mazel.
- Garfield, S.L. (1992). Eclectic psychotherapy : A common factors approach. Dans J. C. Norcross, & M. R. Goldfried (Éds), *Handbook of psychotherapy integration* (pp. 169-201). New York : Basic Books.
- Garfield, S. L., & Bergin, A. E. (1994). Introduction and historical overview. Dans A. E. Bergin & S. L. Garfield (Éds), *Handbook of psychotherapy an behavior change* (4^e éd.) (pp. 3-18). New York : Wiley & Sons.
- Glasser, W., & Wubbelding, R. E. (1995). Reality therapy. Dans R. J. Corsini, & D. Wedding (Éds), *Current psychotherapies* (5^e éd.) (pp. 293-321). Illinois : Peacock.
- Goldfried, M. R. (1980). Toward the delineation of therapeutic change principles. *American Psychologist*, 35(11), 991-999.
- Harper, R. A. (1959). *Psychoanalysis and psychotherapy : 36 systems*. Englewood Cliffs, NJ : Prentice-Hall.
- Hayes, T.J., & Tinsley, E.A. (1989). Identification of the latent dimensions of instruments that measure perceptions of and expectations about counseling. *Journal of Counseling Psychology*, 36(4), 492-500.
- Held, B. S. (1991, Été). The process : Content distinction in psychotherapy revisited. *Psychotherapy*, 28(2), 207-217.
- Herink, R. (1980). *The psychotherapy handbook*. New York : Meridian.
- Hersey, P., & Blanchard, K. H. (1977). *Management of organizational behavior : Utilising human ressources* (3^e éd.). Englewood Cliffs, NJ : Prentice-Hall.
- Howard, G. S., Nance, D. W., & Myers, P. (1986). Adaptive counseling and therapy : An integrative, eclectic model. *The Counseling Psychologist*, 14, 363-442.
- Howard, G. S., Nance, D. W., & Myers, P. (1987). *Adaptive counseling and therapy : A systematic approach to selecting effective treatments*. San Francisco : Jossey-Bass.
- Jung, C. G. (1966). The aims of psychotherapy. Dans C. G. Jung, *The practice of psychotherapy* (Vol. 16), (pp. 36-52). Princeton, NJ : Princeton University Press.

- Jung, C. G. (1968). The concept of the collective unconscious. Dans C. G. Jung, *The archetypes and the collective unconscious* (Vol. 16, part1), (pp. 36-52). Princeton, NJ : Princeton University Press.
- Kant, E. (1952). The critique of pure reason [Monographie]. Dans R.M. Hutchins (Éd.), *Great books of the western world* (Vol. 42), (pp. 1-250). Chicago : Encyclopaedia Britannica.
- Kelly, G. A. (1991). *The psychology of personal constructs*. Vol. 1 : *A theory of personality*. Vol.2 : *Clinical diagnosis and psychotherapy*. London : Routledge. (Ouvrage original publié en 1955).
- Lazarus, A. A. (1976). Multimodal behavior therapy : Treating the BASIC I.D. Dans A. A. Lazarus (Éd.), *Multimodal behavior therapy* (Vol. 1), (pp. 9-19). New York : Springer.
- Lazarus, A. A. (Éd.). (1985). *Case book of multimodal therapy*. New York : Guilford.
- Lazarus, A.A. (1986a, Juillet). Hard sell for « ACT theory » : « Multimodal therapy » shortchanged. *The counseling psychologist*, 14(3), 465-470.
- Lazarus, A. A. (1986b). Multimodal therapy. Dans J.C. Norcross (Éd.), *Handbook of eclectic psychotherapy*, (pp. 65-93). New York : Brunner/Mazel.
- Lazarus, A. A. (1989). *The practice of multimodal therapy*. Baltimore : Johns Hopkins University Press.
- Lazarus, A. A. (1992). Multimodal therapy : Technical eclecticism with minimal integration. Dans J. C. Norcross, & M. R. Goldfried (Éds), *Handbook of psychotherapy integration* (pp. 231-263). New York : Basic Books.
- Lazarus, A. A. (1995). Multimodal therapy. Dans R. J. Corsini & D. Wedding (Éds), *Current psychotherapies* (5^e éd.) (pp.322-355). Illinois : Peacock.
- Lazarus, A. A., Beutler, L. E., & Norcross, J.C. (1992). The future of technical eclecticism. *Psychotherapy*, 29(1), 11-20.
- Lazarus, A. A., & Lazarus, C. N. (1991). *Multimodal life history inventory*. Champaign, IL : Research Press.
- Locke, J. (1952). An essay concerning human understanding [Monographie]. Dans R.M. Hutchins (Éd.), *Great books of the western world* (Vol.35), (pp. 85-395). Chicago : Encyclopaedia Britannica.

- Maslow, A. H. (1971). *The father teachers of human nature*. New York : The Viking Press.
- Messer, S. B. (1992). A critical examination of belief structures in integrative and eclectic psychotherapy. Dans J. C. Norcross, & M. R. Goldfried, M. R. (Éds), *Handbook of psychotherapy integration* (pp. 130-165). New York : Basic Books.
- Moska, H.H. (1995). Adlerian Psychotherapy. Dans R. J. Corsini, & D. Wedding (Éds), *Current psychotherapies* (5^e éd.) (pp. 51-94). Illinois : Peacock.
- Multon, K. D., Kivlighan, D. M., Jr., & Gold, P. B. (1996). Changes in counselor adherence over the course of training. *Journal of Counseling Psychology*, 43(3), 356-363.
- Nance, D. W. (1995). Getting Ready : Introduction and overview. Dans D. W. Nance, & Associates, *How therapists act : Cases combining major approaches to psychotherapy and the adaptive counseling and therapy model* (pp. 3-17). Washington : Accelerated Development.
- Nathan, P. E., & Gorman, J. M. (Éds). (1998). *A guide to treatments that work*. New York : Oxford University Press.
- Norcross, J. C. (Ed.). (1986). Eclectic psychotherapy : An introduction and overview. Dans J. C. Norcross (Ed.), *Handbook of eclectic psychotherapy* (pp. 4-24). New York : Brunner/Mazel.
- Norcross, J. C., & Newman, C. F. (1992). Psychotherapy integration : Setting the Context. Dans J. C. Norcross, & M. R. Goldfried (Éds), *Handbook of psychotherapy integration* (pp. 3-45). New York : Basic Books.
- Norcross, J. C. (1997, Printemps). Emerging breakthroughs in psychotherapy integration : three predictions and one fantasy. *Psychotherapy*, 34(1), 87-90.
- Nuttall, E. V. (1986, Juillet). ACT : The assessment angle. *The Counseling Psychologist*, 14(3), 454-460.
- Patterson, C. H., & Watkins, C. E., Jr. (1996). *Theories of Psychotherapy* (5^e éd.). New York : Harper Collins.
- Parloff, M. B. (1976, 21 Février). Shopping for the right therapy. *Saturday Review*, 14-16.

- Ponterotto, J. G., & Furlong, M. J. (1985). Evaluating counselor effectiveness : A critical review of rating scale instruments. *Journal of Counseling Psychology*, 32(4), 597-616.
- Prochaska, J.O., & DiClemente C. C. (1986). The transtheoretical approach. Dans J. C. Norcross (Éd.), *Handbook of eclectic psychotherapy* (pp. 163-200). New York : Brunner/Mazel.
- Prochaska, J.O., & DiClemente C. C. (1992). The transtheoretical approach. Dans J. C. Norcross, & M. R. Goldfried (Eds), *Handbook of psychotherapy integration* (pp. 300-334). New York : Basic Books.
- Reber, A.S. (1985). *The penguin dictionary of psychology*. New York : Penguin Books.
- Reid, W. H. (1989). *The treatment of psychiatric disorders*. New York : Brunner/Mazel.
- Rogers, C. R. (1951). *Client-centered therapy* : Its current practices, implications, and theory. Boston : Houghton Mifflin.
- Rogers, C. R. (1959). A Theory of therapy, personality, and interpersonal relationships, as developed in the client-centered framework. Dans S. Koch (éd.), *Psychology : A study of science, Study 1 : Conceptual and systematic, Vol. 3 : Formulations of the person and the social context* (pp. 184-256). New York : McGraw-Hill.
- Rogers, C. R. (1961). *On Becoming a person*. Boston : Houghton Mifflin.
- Rogers, C. R. (1969). *Freedom to learn : A view of what education might become*. Columbus, OH : Merrill.
- Rychlak, J. F. (1981). *Introduction to personality and psychotherapy* (2^e éd.). Boston : Houghton Mifflin.
- Rychlak, J. F. (1990). *A philosophy of science for personality theory* (2^e éd.). Malabar, Floride : Krieger.
- Scofield, M. S., & Yoxtheimer, L. L. (1983). Psychometric issues in the assessment of clinical competencies. *Journal of Counseling Psychology*, 30(3), 413-420.
- Skinner, B. F. (1953). *Science and human behavior*. New York : Macmillan.
- Slife, B. (1987). The perils of eclecticism as therapeutic orientation. *Theoretical and Philosophical psychology*, 7(2), 94-103.

- SPSS Inc. (1996). *SPSS for UNIX : Operations guide*. Chicago, I11. : Auteur.
- Tryon, G. S. (1993, Janvier). A principal components analysis of the counseling reaction form. *Measurement and Evaluation in counseling and developpement* 25, 162-171.
- Watzlawick, P., Weakland, J., & Fisch, R. (1974). *Change : Principles of problem formation and problem resolution*. New York : Norton.
- Wolman, B. B. (Éd.). (1989). *Dictionary of behavioral science* (2^e éd.). New York : Academic Press.
- Wolpe, J. (1990). *The practice of behavior therapy* (4^e éd.). New York : Pergamon.

Appendice A

Feuille de réponses

Questionnaire du test original *Therapist Style Inventory* (TSI)

Questionnaire du *Therapist Style Inventory* (TSI)

(Howard, Nance, & Myers, 1987)

Pour répondre aux 12 questions suivantes, imaginez que vous êtes thérapeute dans la situation décrite.

Dans la première ligne, indiquez la lettre correspondant à la réponse que vous auriez tendance à adopter si vous étiez le thérapeute.

Dans la deuxième ligne, écrivez la lettre associée à la réponse qui décrit votre conception du thérapeute idéal.

1. As an alcoholism counselor in an inpatient treatment program, you are scheduled to meet with Ann, who has been given the assignment of identifying on a worksheet all the people who have been hurt by her alcoholism. The client arrives on time for the appointment and seems pleasant and willing to talk. After a few minutes of small talk you ask about the worksheet. She begins to explain why she has not done the assignment. You would:
 - A. Say, "You have not done your assignment. We have nothing to talk about until you do."
 - B. Work with her to develop the list in the session.
 - C. Reflect your frustration and listen to her feelings.
 - D. Ignore the missing material and ask Ann what she wants to talk about today.

2. You are in the fourth session with a fifteen-year-old who has been sent to you for truancy problems. You have established a good relationship and have just begun to focus on her school behavior. During the session the client says, "I don't really want to go to school but I'll do it for you." Your response is:
- A. "If you go to school all week, I will authorize an extra privilege."
 - B. "Good! It's important to continue your education, so I'm glad you'll go for me and for you."
 - C. "I trust your judgment about whether you decide to go to school or not."
 - D. "So you really don't want to go, but if you thought it would please me you would go."

3. You have seen Charlie, a middle-aged man, two times. He has sought services voluntarily due to his feelings of insecurity. He recently was diagnosed as diabetic and has lost some of his vision as a result of the disease. He also lost his job of eighteen years due to the poor economy. He is happily married and has one son. You would:
- A. Set up a program of physical therapy in conjunction with his doctor and refer him to a competent vocational rehabilitation counselor.
 - B. Discuss with the client his history of loss and begin to work out a plan with him on expanding his coping mechanisms.
 - C. Encourage the client to express his feelings, and provide empathy and support.
 - D. Make no effort to focus on his loss in order to avoid increasing his pain.

4. You are seeing the father of a client at the client's request. The client, Clint, has a history of emotional problems, due in part at least to effects of brain damage from a motorcycle accident several years ago. Clint takes medication to control some of the effects. One effect of the injury is that Clint occasionally has delusions that a sibling is stealing from him. Clint wants his father to see you so that you can convince him that Clint is telling the truth about the delusions. The father is an articulate, patient man who has gone through similar situations with Clint on many occasions. He understands the chronicity of his son's problems. He makes it clear that he is at the session "to keep peace" and that in the past this behavior has worked. You would:
- A. Further discuss the pattern of incidents with the father in an attempt to help him express his feelings about Clint's injury and to provide the father a plan to deal with the delusion and avoid recurrent situations.
 - B. Express to the father your understanding of his frustrating situation and encourage him to vent any pent-up emotions.
 - C. Review Clint's medication with the staff psychiatrist and present recommendations to the father.
 - D. Allow the father to direct the course of the session.

5. You are interviewing the parents of three children. The children have been removed from the home for clear indication of child abuse. The parents were referred to you as part of the evaluation process for the court determination. They both maintain that nothing is wrong with them as individuals or as a couple. The court just has it in for them, and they want their kids back. You believe that they did abuse the children and they want the kids back to save face with the family.
- A. Tell them that if they maintain the abuse they will never get their children back.
 - B. Indicate that cooperating in treatment with you may not only help them individually and as a couple but also improve their chances of having the children returned.
 - C. Communicate understanding of their frustration with the system and share a frustrating parenting story of your own.
 - D. Wait them out by not responding to their complaints.

6. You are known for your work on sex roles. You have helped many women develop a more positive self-concept and take charge of their own lives. A new client, Frank, is a prominent middle-aged executive who has come to you for help in understanding his wife's problem. "She's just not like she used to be. She's gone back to school, lost twenty-five pounds of fat, and is expressing strong opinions at social gatherings." You would:
- A. Indicate a willingness to help him look at how and why he is struggling with these changes.
 - B. Restate his feelings of confusion, anger, and threat.
 - C. Indicate that she will snap out of this phase sooner or later.
 - D. Tell him he had better look at himself and change before his wife starts looking around.

7. Recently a case was transferred to you from another therapist who left the community. The client and the previous therapist had been working, with considerable success, on expanding social skills and social relationships. The client has expressed reluctance to get involved with a new therapist. Nevertheless, the client keeps the first scheduled appointment. During the first appointment you would:
- A. Get a commitment from the client to continue therapy and then assign the task of meeting one new person before the next session.
 - B. Indicate your interest in the client and encourage the client to discuss the course of previous therapy.
 - C. Discuss with the client previous therapy and recent successes, and outline a new program for behavior change.
 - D. Suggest that the client terminate the therapy.

8. As part of your consultation practice, you are asked to evaluate a day-care center and provide the board of directors with recommendations. You have observed staff and children interacting and have interviewed parents individually. In addition you have reviewed the program guide for the center and compared it to state and federal guidelines, which it meets without reservation. The center has been operating for seven years with the same director. Staff turnover is low, and there is a waiting list for future openings. During your four hours of observation you did see one staff member handle a behavior problem with one of the children in a less than desirable fashion. Otherwise, indications are that the center is above satisfactory in all areas. You would:
- A. Recommend a program on teacher effectiveness for staff members.
 - B. Meet with staff as a group and praise them for their performance overall while encouraging them to come up with a program for managing behavior problems.
 - C. Meet with staff and director to praise their work and have them outline their long-term goals.
 - D. Circulate your findings to the board and staff.

9. You have been working with a client for more than a month on her expressed unhappiness with her current situation. Much of her content in therapy has the same theme: other people just do not understand and agree with her. You have been sharing observations and making suggestions that she seems to accept but does not apply. Not much positive change has taken place. You would:
- A. Confront her with her unwillingness to change, and use her behavior in the therapy relationship as a focus.
 - B. Continue listening and reflecting.
 - C. Continue listening, raise questions about her role in problem situations, but do not push.
 - D. Continue to propose ways she can improve her situation, pointing out the benefits of proposed changes while appreciating her efforts in this regard.

10. Your client, referred by a former client, states in an initial interview that recently he has been having problems going to sleep at night and feels tired all the time. He has lost interest in activities and has recurrent thoughts of death. The problems seem to have begun about two months ago, concurrently with new responsibilities at work. His brother died about this time as well. You would:
- A. Indicate a willingness to see him if he thinks he needs to talk to someone.
 - B. Reinforce him for coming to see you, and recommend weekly therapy focused on reactive depression and grief.
 - C. Recommend that he talk to his friends about his new problems.
 - D. Recommend that he read two books, one on grief and the other on job stress. Weekly therapy sessions would focus on learning to apply the concepts to his life.

11. You are seeing an elderly retired professional woman. She recently moved from her lifelong home, several hundred miles away, to be near her youngest daughter. Her friends in the former community had all either died or moved away. She has joined two social groups and a political action group and occasionally takes group vacations. Her oldest daughter has been in and out of state institutions for the past five years and has been diagnosed as schizophrenic. Your client complains of occasionally waking up and feeling worthless and having lived her life for nothing, because of her older daughter's situation. She does not want to burden her younger daughter, who has no sympathy for her sister's situation. She and the younger daughter have a good relationship otherwise. Your client gets tearful during sessions when discussing her older daughter. You would:
- A. Refer her to an older adult group and give her reading material on the aging process.
 - B. Tell her that these feelings of worthlessness are quite common complaints of the elderly.
 - C. Indicate your understanding of her feelings, and allow her to talk about her daughter in a nonjudgmental atmosphere.
 - D. Encourage her to examine her life for positive relationships, and work with her on a plan to expand her self-worth through volunteer work.

12. You have been seeing this client for several months. Treatment has centered on improving the quality of his relationships with co-workers. He has accepted and applied insights gained during the sessions most satisfactorily. During the current session he suggests terminating the therapy. You would:
- A. Allow him to make that decision.
 - B. Tell him to prepare a list of benefits he believes he has gained for review in the next session.
 - C. Praise him for meeting the goals of his current therapy contract, reviewing the specific goals as you do so.
 - D. Share with him your feelings about his progress in therapy.

Appendice B

Feuille de réponses

Questionnaire de l'adaptation française du test *Therapist Style Inventory* (TSI) :
Inventaire du Style d'Intervention (ISI)

Grille de correction originale

**Questionnaire de l'adaptation française du
Therapist Style Inventory (TSI) (Howard, Nance, & Myers, 1987) :**

Inventaire du style d'intervention (ISI)

Pour répondre aux 12 questions suivantes, imaginez que vous êtes thérapeute dans la situation décrite.

Dans la première ligne, indiquez la lettre correspondant à la réponse que vous auriez tendance à adopter si vous étiez le thérapeute.

Dans la deuxième ligne, écrivez la lettre associée à la réponse qui décrit votre conception du thérapeute idéal.

1. Vous êtes conseiller dans un programme pour alcooliques en traitement interne et vous êtes un rendez-vous avec Anne. Cette dernière, pour le rendez-vous, devait identifier toutes les personnes qu'elle a blessées en raison de son alcoolisme. Elle arrive à l'heure, semble de bonne humeur et disposée à parler. Après quelques minutes d'entretien, vous lui demandez des nouvelles de son devoir. Elle commence à vous expliquer pourquoi elle n'a pas suivi vos directives. Vous pourriez :

- A) Dire : « Vous n'avez pas fait votre devoir ?
Alors nous n'avons rien à nous dire d'ici là. »
- B) Aider Anne à développer la liste pendant la rencontre.
- C) Refléter votre frustration et écouter ses réactions.
- D) Ignorer les éléments manquants et demander à Anne quels sont les sujets dont elle veut parler aujourd'hui.

2. Vous en êtes à votre quatrième session avec un adolescent de quinze ans qui vous consulte pour des problèmes d'absentéisme scolaire. Vous avez établi une bonne relation et vous commencez à aborder la problématique des comportements scolaires. Durant la session, le client vous dit : « Je ne tiens vraiment pas à continuer l'école mais je le ferai pour vous ». Vous lui répondez :

- A) « Si tu vas à l'école toute la semaine, je vais t'accorder une faveur. »
- B) « C'est bien ! Il est important que tu pourserves tes études et je suis heureux que tu le fasses pour moi et pour toi ».
- C) « Je fais confiance en ton jugement pour prendre la bonne décision de poursuivre ou non tes études. »
- D) « Tu ne veux vraiment pas continuer l'école, mais si tu penses que cela peut me faire plaisir, alors vas-y. »

3. Vous avez vu Charles, un homme dans la quarantaine, à deux reprises. Il a volontairement recherché vos services à cause d'un problème d'insécurité. Il a été récemment diagnostiqué diabétique et a perdu une partie de ses facultés visuelles suite à sa maladie. Il a aussi perdu son emploi, qu'il occupait depuis dix-huit ans. Il vit un mariage heureux et il a un fils. Vous pouvez :

- A) Mettre sur pied un programme de thérapie physique conjointement avec son médecin et le référer à des spécialistes en orientation.
- B) Discuter des pertes qu'il a subies et commencer un plan d'apprentissages de nouveaux comportements.
- C) Encourager le client à exprimer ses émotions tout étant empathique et supportant.
- D) Ne faire aucun effort pour cibler les pertes dans le but d'éviter l'augmentation de son chagrin.

4. Vous rencontrez le père d'un client à la demande de ce dernier. Le client, Carl, a des problèmes émotionnels depuis plusieurs années qui sont dus à une diminution de l'activité cébral suite à un accident de moto. Carl prend une médication pour contrôler certains de ses symptômes. Un des effets du traumatisme subi par Carl est qu'il a parfois l'illusion qu'un de ses frères lui vole quelque chose. Carl veut que son père vous rencontre afin que vous le convainquiez qu'il dit la vérité quand il décrit ses hallucinations. Le père est un homme lucide et patient, qui a plusieurs fois vécu avec Carl des situations similaires. Il comprend le caractère chronique des problèmes de son fils. Il tient à préciser qu'il participe à cette rencontre dans le but de « garder la paix dans les relations avec son fils » et que cette façon d'agir a souvent eu des résultats positifs dans le passé. Vous pourriez :

- A) Discuter plus à fond du déroulement des crises avec le père, dans le but de l'amener à s'exprimer davantage sur les sentiments qu'il éprouve face à l'accident de Carl, de façon à fournir au père une règle de conduite face aux hallucinations de son fils et à l'aider à éviter la récurrence des situations qui les provoquent.
- B) Exprimer au père votre compréhension de la situation frustrante dans laquelle il se trouve et vous l'encouragez à manifester ses émotions refoulées.
- C) Réviser la prescription des médicaments de Carl avec le psychiatre de l'institution et présenter vos recommandations à son père.
- D) Permettre au père de diriger le déroulement de la rencontre.

5. Vous rencontrez les parents de trois enfants. Ces trois enfants ont été retirés de leur foyer sur des indications claires d'abus d'enfants. Leurs parents vous ont été référés dans le cadre du processus d'évaluation du cas préalable à la décision judiciaire. Les parents affirment tous les deux qu'ils n'ont rien à se reprocher, pas plus en tant qu'individus qu'en tant que couple. Ils considèrent que la cour a quelque chose contre eux et ils veulent que leurs enfants leur soient rendus. Vous croyez qu'ils ont réellement maltraité leurs enfants et qu'ils veulent les reprendre pour sauver la face par rapport à leur famille.

- A) Vous leur dites que s'ils continuent à maltraiter leurs enfants, ils ne pourront jamais les reprendre.
- B) Vous leur expliquez qu'en acceptant de se laisser traiter par vous, ils pourraient non seulement améliorer leur vie personnelle et leur vie de couple mais aussi accroître leurs chances de retrouver leurs enfants.
- C) Vous leur communiquez votre compréhension de la frustration qu'ils éprouvent face au système et partagez avec eux une autre histoire de frustration parentale.
- D) Vous les laissez se fatiguer en ne répondant pas leurs plaintes.

6. Vous êtes renommé pour votre travail sur les rôles sexuels. Vous avez aidé plusieurs femmes à développer une vision plus positive d'elles-mêmes et à prendre leur vie en charge. François, un nouveau client, est un brillant cadre supérieur d'âge mûr qui est venu vous demander de l'aider à comprendre les problèmes de son épouse. « Elle a beaucoup changé. Elle est retournée à l'école, elle a maigrì de 25 livres et elle exprime des opinions plutôt radicales dans les réunions mondaines. »

- A) Vous manifestez la volonté de l'aider à comprendre comment et pourquoi il a de la difficulté à faire face à ces changements.
- B) Vous remettez dans leur contexte les impressions de confusion, de colère et de menace qu'il éprouve face à la situation.
- C) Vous lui démontrez qu'il traverse présentement une étape dont, tôt ou tard, il finira par sortir.
- D) Vous lui dites qu'il ferait mieux de changer lui aussi s'il ne veut pas que sa femme se mettre à regarder ailleurs.

7. Un cas vous a récemment été transféré par un autre thérapeute qui a quitté votre communauté. Le client et son dernier thérapeute avaient travaillé, avec un succès considérable, à l'amélioration de ses habiletés sociales et relationnelles. Votre nouveau client vous a manifesté sa réticence à s'impliquer dans une relation avec un nouveau thérapeute. Malgré tout, le client s'est présenté au premier rendez-vous que vous lui avez donné. À cette occasion :

- A) Vous exigez de votre client qu'il s'engage à continuer la thérapie et vous lui donnez pour tâche de rencontrer une nouvelle personne avant votre prochaine rencontre.
- B) Vous manifestez à votre client de l'intérêt envers lui et vous l'encouragez à discuter avec vous du déroulement de sa dernière thérapie.
- C) Vous discutez avec votre client de sa dernière thérapie et de ses récents succès, et vous établissez un nouveau programme de changement du comportement.
- D) Vous suggérez au client d'interrompre sa thérapie.

8. Dans le cadre de votre pratique de consultation, on vous demande d'évaluer une garderie de jour et de présenter vos recommandations au conseil d'administration. Vous avez observé les interactions entre le personnel et les enfants et vous avez eu des rencontres individuelles avec les parents. De plus, vous avez étudié le programme guide de la garderie et vous l'avez comparé aux normes gouvernementale, auquel il se conforme sans réserve. Le centre est dirigé par la même personne depuis sept ans. Le taux de changement du personnel est peu élevé et il y a une liste pour toute ouverture de poste éventuelle. Au cours des 4 heures que vous avez consacrées à vos observations, vous avez remarqué que l'un des membres du personnel a réglé un problème de comportement chez l'un des enfants d'une manière qui laissait à désirer. À part ce fait isolé, tout vous indique que le fonctionnement de la garderie est plus que satisfaisant dans tous les domaines.

- A) Vous recommandez de mettre sur pied un programme d'amélioration de l'efficacité de l'enseignement pour les membres du personnel.
- B) Vous rencontrez le personnel du centre en tant que groupe et vous les félicitez de leur performance de générale tout en les incitant à élaborer un programme de gestion des problèmes de comportement.
- C) Vous rencontrez le personnel et le directeur de la garderie pour les féliciter de leur travail et leur faire exprimer leurs objectifs à long terme.
- D) Vous faites connaître le résultat de vos découvertes au conseil d'administration et au personnel.

9. Vous travaillez avec une cliente depuis un mois sur le chagrin qu'elle exprime face à sa situation du moment. Le principal de sa thérapie tourne autour du même thème : les autres ne la comprennent pas et ne sont pas d'accord avec elle. Vous avez partagé vos observations avec elle et vous lui avez fait des suggestions avec lesquelles elle semble d'accord mais qu'elle n'applique pas. Il ne s'est produit chez elle que peu de changements positifs.

- A) Vous la mettez en face de sa mauvaise volonté et vous centrez votre intervention sur son comportement en thérapie.
- B) Vous continuez à l'écouter et à faire des reflets.
- C) Vous continuez à l'écouter, vous soulevez la question du rôle qu'elle joue dans les situations problèmes, mais vous ne la pressez pas.
- D) Vous continuez à lui proposer des moyens d'améliorer sa situation, en soulignant les avantages des changements que vous lui proposez tout en louant les efforts qu'elle fait à cet égard.

10. Votre client, qu'un de vos anciens clients vous a référé, affirme dès votre première rencontre qu'il a récemment éprouvé des difficultés à s'endormir et qu'il se sent toujours fatigué. Il a perdu son intérêt pour plusieurs de ses activités et il pense souvent à la mort. Ses problèmes semblent avoir commencé il y a environ deux mois, en même temps qu'il recevait de nouvelles responsabilités au travail. Son frère est également décédé vers la même époque.

- A) Vous lui manifestez votre volonté de le rencontrer s'il pense qu'il a besoin de parler à quelqu'un.
- B) Vous renforcez son idée de vouloir vous rencontrer, et lui recommandez d'entreprendre une thérapie hebdomadaire centrée sur la réaction à la dépression, au stress, et au deuil.
- C) Vous lui recommandez de parler de ses nouveaux problèmes avec ses amis.
- D) Vous lui recommandez de lire deux livres, l'un sur le deuil et l'autre sur le stress lié au travail. Des sessions hebdomadaires de thérapie seraient ensuite organisées autour de l'application des concepts tirés de ces ouvrages à sa propre vie.

11. Vous rencontrez une femme âgée, professionnelle à la retraite. Elle vient de déménager de la maison où elle a passé sa vie, à plusieurs centaines de milles d'où elle habite maintenant, afin de se rapprocher de sa fille cadette. Les amis qu'elle avait dans la communauté où elle habitait auparavant sont morts ou ils ont déménagé. Elle s'est jointe à deux groupes sociaux ainsi qu'à un groupe d'action politique et elle prend occasionnellement des vacances en groupe. Au cours des 5 dernières années, sa fille aînée a été plusieurs fois internée dans des institutions d'état, et elle a été reconnue schizophrène. Votre cliente se plaint de ce qu'il lui arrive occasionnellement de s'éveiller et de se sentir méprisable, d'avoir l'impression d'avoir vécu pour rien en raison de la maladie de sa fille. Elle ne veut pas accabler sa cadette qui n'éprouve aucune sympathie pour la situation de sa sœur. À part cela, les relations entre votre cliente et sa fille sont excellentes.

- A) Vous la mettez en relation avec un groupe d'adultes plus âgées et vous lui fournissez de la documentation écrite sur le processus du vieillissement.
- B) Vous lui dites que ses sentiments d'inutilité sont une chose dont se plaignent beaucoup de personnes âgées.
- C) Vous lui faites part de votre compréhension de ses sentiments, et vous l'amenez à parler de sa fille dans un contexte où la notion de jugement est absente.
- D) Vous l'encouragez à évaluer sa vie du point de vue des relations positives et vous travaillez avec elle à élaborer un plan d'action visant à lui permettre d'accroître son estime de soi par le travail volontaire.

12. Vous avez un client que vous rencontrez depuis plusieurs mois. Le traitement entrepris a été centré sur l'amélioration de la qualité de ses relations avec ses collègues de travail. Il a accepté et appliqué les découvertes introspectives faites durant vos rencontres avec le plus grand succès. Au cours de la session présente, il suggère de terminer la thérapie.

- A) Vous le laissez prendre cette décision.
- B) Vous lui dites de dresser la liste des améliorations qu'il croit avoir acquises, afin de la revoir avec lui à la prochaine session.
- C) Vous le félicitez d'avoir atteint les objectifs de sa relation thérapeutique actuelle, tout en passant ces objectifs en revue.
- D) Vous partagez avec lui vos sentiments face à ses progrès en thérapie.

ÉTUDIANT : _____

STYLE D'INTERVENTION

Grille d'analyse						Pertinence		
	S1 (Direction)		S2 (Guide)		S3 (Support)		Tendance	Idéal
1	A	4	B	3	C	2	D	1
2	A	3	B	4	D	1	C	2
3	A	1	B	3	C	4	D	2
4	C	1	A	2	B	3	D	4
5	A	4	B	3	C	2	D	1
6	D	1	A	4	B	3	C	2
7	A	1	C	2	B	4	D	3
8	A	1	B	2	C	3	D	4
9	A	4	D	3	C	2	B	1
10	D	3	B	4	A	2	C	1
11	A	1	D	3	C	4	B	2
12	B	1	C	2	D	3	A	4
Entourez votre choix de réponse								

Appendice C

Consignes au pré-test

Consignes au pré-test

Ce questionnaire n'est pas un examen, la bonne réponse est celle qui correspond à votre opinion. Le questionnaire permet de préciser votre style de fonctionnement personnel. Les résultats ne pourront en aucun cas vous porter préjudice. En acceptant d'identifier votre feuille de réponses, nous pourrons vous remettre vos résultats et utiliser vos réponses pour effectuer des analyses psychométriques sur le questionnaire. En répondant, vous participerez à une recherche pilote sur l'impact de la formation en psychologie et votre style personnel d'intervention.

Vous devez répondre individuellement et à toutes les questions. Quand vous avez terminé, vous me remettez le questionnaire.

Merci de votre participation.

Appendice D

Consignes au post-test

Consignes au post-test

Au début de votre formation, vous avez rempli le questionnaire *Therapist Style Inventory* (TSI). On vous demande, à la fin de votre formation, de remplir à nouveau ce même questionnaire afin de vérifier s'il y a un changement concernant « le style d'intervention » que vous privilégiez.

Vous ne répondez pas sur le questionnaire, mais sur la feuille de réponses sur laquelle les consignes sont indiquées. Il est important de préciser : nom et prénom, concentration, code permanent et groupe.

Ce questionnaire n'est pas un examen, il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses. Vous devez répondre individuellement et à toutes les questions. Quand vous avez terminé, vous me remettez le questionnaire.

Merci de votre participation.