

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC

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

COMME EXIGENCE PARTIELLE  
DE LA MAÎTRISE EN PSYCHOLOGIE

PAR  
SOPHIE BEAUDOIN

VALIDATION DU QUESTIONNAIRE : «MES CROYANCES FACE À LA  
PSYCHOTHÉRAPIE» ET IMPACT DE LA FORMATION DE BACCALAURÉAT  
EN PSYCHOLOGIE DE L'UQTR SUR CES CROYANCES

FÉVRIER 2000

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

Les thérapies à court terme ont pris de plus en plus d'ampleur au fil des ans alors que les thérapies traditionnelles furent longtemps très influentes dans le champ de la pratique psychothérapeutique. Cette expansion des thérapies brèves a amorcé un changement dans la philosophie des thérapeutes, ce qui a entraîné le développement de nombreuses modalités de traitements. Plusieurs thérapeutes tentent aujourd'hui de concilier ces approches à travers un éclectisme pragmatique. Malgré cette prolifération de techniques, deux courants majeurs de pensée demeurent: les approches à court et à long terme. Afin de différencier ces deux approches, Budman et Gurman (1988) ont élaboré un tableau des valeurs des thérapeutes à court terme par opposition aux valeurs des thérapeutes à long terme. C'est à partir de ce tableau que l'instrument "Mes croyances face à la psychothérapie" a été construit par Hould en 1994. Cette étude comporte trois objectifs. Le premier objectif est d'explorer l'évolution des thérapies à court terme et de dégager ce qui les distingue des thérapies à long terme. Le second objectif consiste à établir les qualités psychométriques de l'instrument tiré du tableau de Budman et Gurman. Le troisième objectif vise à évaluer les changements d'opinions d'étudiants suite au programme de baccalauréat en psychologie de l'Université du Québec à Trois-Rivières. L'échantillon utilisé pour cette étude se compose de deux cohortes d'étudiants en première année au programme de baccalauréat en psychologie de l'Université du Québec à Trois-Rivières. Les étudiants (n=336) ont répondu une première fois au questionnaire au début de leur programme d'étude. Afin de vérifier l'impact du programme de formation, une partie de ces étudiants ont répondu une seconde fois au questionnaire à la fin de leurs études (n=105). Les deux cohortes d'étudiants ont été rencontrées à un an d'intervalle. Les conditions d'administration sont les mêmes pour les deux cohortes. À chaque fois, les étudiants sont rencontrés en classe. Ils

répondent au questionnaire après avoir reçu des consignes verbales. Le questionnaire: "Mes croyances face à la psychothérapie" comprend initialement deux échelles de 15 items. Le test a été construit de façon à ce que les items d'une échelle s'opposent à ceux de l'autre, ce qui donne 15 paires d'items opposés. Les sujets répondent en indiquant leur degré d'accord ou de désaccord avec l'énoncé sur une échelle en cinq points (de 2 à -2). L'échelle des items impairs est associée aux valeurs des thérapies à long terme (LT) alors que l'échelle des items pairs mesure l'adhésion aux valeurs des thérapies brèves (CT). Le calcul d'un score de tendance (LT - CT) indique quelle approche est favorisée par le répondant. L'épuration du questionnaire dans le but d'établir les qualités psychométriques du test a permis de retirer 4 items. La version finale du test comporte 12 items pour l'échelle LT et 14 items pour l'échelle CT. Les résultats démontrent une tendance générale pour tous les sujets vers le court terme. Afin de corriger ce biais instrumental, les scores bruts sont transformés en cote C. Des analyses sont effectuées afin d'établir les qualités psychométriques de l'instrument. La moyenne des corrélations item-échelle est de .37 pour LT et de .33 pour CT. L'alpha de Cronbach est de .54 pour l'échelle LT et de .42 pour l'échelle CT. Le score de tendance globale présente une corrélation de .68 avec l'échelle LT et de -.51 avec l'échelle CT ( $p < .001$ ), ce qui démontre l'opposition entre les deux échelles. Toutefois, l'opposition entre les items pairés n'est confirmée que dans un seul cas. Les corrélations entre les scores au pré-test et au post-test sont toutes significatives au seuil de .001, mais insuffisantes pour confirmer la stabilité temporelle de l'instrument. Les résultats démontrent également des changements dans les opinions des étudiants après leur formation de baccalauréat en psychologie. Des comparaisons de moyennes indiquent une diminution significative des scores à l'échelle LT et au score de tendance. Des comparaisons de moyennes pour tous les items entre le pré-test et le post-test démontrent des différences significatives pour 7 items sur les 26 du test, dont trois augmentations et quatre diminutions de moyennes.

Table des matières

LISTE DES TABLEAUX.....	vi
REMERCIEMENTS.....	vii
INTRODUCTION.....	1
CONTEXTE THÉORIQUE.....	4
• L'évolution des psychothérapies brèves.....	5
- L'émergence des psychothérapies brèves.....	5
- La démocratisation des thérapies.....	6
- Les limites de la démocratisation.....	7
- Autres facteurs influençant la pratique de la psychothérapie.....	8
- Les psychothérapies intégratives.....	10
• Deux philosophies de l'intervention.....	13
- Les croyances associées aux écoles de pensée.....	13
- Qu'est-ce que la thérapie brève?.....	15
- Les valeurs des thérapeutes.....	16
• Hypothèses de travail.....	19
MÉTHODE.....	21
• Participants.....	22
• Déroulement.....	22
• Instrument de mesure.....	23
• Étape préliminaire: épuration du questionnaire.....	24
• Les qualités psychométriques de l'instrument.....	25
• La standardisation de l'instrument .....	25

## Table des matières (suite)

RÉSULTATS.....	28
• Les analyses.....	29
• Vérification de la première hypothèse.....	29
• Vérification de la deuxième hypothèse.....	30
DISCUSSION.....	33
• Qualités psychométriques.....	34
- Consistance interne.....	34
- Spécificité des items.....	37
- Stabilité temporelle de l'instrument.....	38
• Différences d'opinions.....	40
- Changements au niveau des échelles.....	40
- Changements au niveau des items.....	40
• Forces et faiblesses de l'étude.....	43
CONCLUSION.....	45
• Implications pratiques de l'étude.....	48

Liste des tableaux

## Tableau

1	Valeurs des thérapeutes CT versus valeurs des thérapeutes LT selon Gurman et Budman.....	18
2	Interprétations des scores bruts pour les deux échelles et le score de tendance.....	27
3	Comparaisons et corrélations entre le pré-test et le post-test pour les deux échelles et le score de tendance.....	30
4	Différences de moyennes entre le pré-test et le post-test pour 7 items (post-test - pré-test).....	32

## Remerciements

Je tiens à exprimer toute ma reconnaissance à mon directeur de mémoire M. Richard Hould, Ph.D, professeur au département de psychologie de l'Université du Québec à Trois-Rivières, pour son soutien et sa collaboration dans la réalisation de ce travail. Sa disponibilité ainsi que le respect témoigné tout au long de l'étude ont grandement contribué à l'aboutissement de cet ouvrage.

Je remercie également Mme Michèle Gervais, M.A.(psy) pour son assistance à la création informatique de la banque de données ainsi qu'au traitement statistique des données.



## Introduction

Un compendium de psychothérapie publié au début des années 1980 contenait 255 approches de la psychothérapie. Malgré cette stupéfiante prolifération des méthodes, London (1986) s'est contenté de dire qu'il y a seulement deux voies majeures à la psychothérapie: un mode d'introspection et un mode d'action. Les approches d'introspection mettent l'accent, avec le client, sur le développement d'une plus grande conscience ou compréhension de soi-même, alors que le thérapeute joue seulement un rôle de guide à l'intérieur du processus. Les méthodes basées sur l'action, quant à elles, sont orientées sur le problème, concentrées sur les changements dans l'ici et maintenant de la vie du patient et amènent le thérapeute à prendre un rôle actif voire directif dans l'intervention (Wells & Phelps, 1990). Les thérapies centrées sur l'exploration sont généralement plus longues que celles centrées sur les changements du comportement. Ces deux philosophies de l'intervention sont souvent identifiées aux thérapies à long terme (LT) et aux thérapies à court terme (CT).

Cette recherche vise trois objectifs. Le premier consiste à explorer de quelle façon les thérapies à court terme se sont taillées une place de plus en plus importante dans le champ de la psychologie clinique contemporaine et à dégager la spécificité des thérapies à court terme par rapport aux approches exploratoires généralement associées aux thérapies à long terme.

Le second objectif de cette recherche concerne l'évaluation des qualités psychométriques d'un questionnaire inspiré des réflexions de Budman et Gurman (1998) concernant les opinions généralement retenues par les tenants des thérapies à long terme par opposition à celles associées aux thérapeutes privilégiant les thérapies brèves. Ce questionnaire fournit une mesure de la tendance du répondant à adhérer aux croyances des partisans de l'une ou de l'autre approche.

Le troisième objectif de ce mémoire porte sur l'évaluation des opinions d'étudiants concernant la psychothérapie entre le début et la fin d'un programme de baccalauréat en psychologie d'une durée de trois années. Cette étude longitudinale utilise plus d'une centaine d'étudiants et d'étudiantes répartis en deux cohortes.

Ce travail se divise en quatre chapitres. Un premier chapitre traite du contexte théorique entourant les approches psychothérapeutiques à court et à long terme. Le second chapitre précise la méthodologie concernant l'expérimentation de cette étude. Le troisième chapitre rend compte des analyses utilisées pour le traitement statistique des données et présente l'ensemble des résultats. Finalement, le quatrième chapitre fait état d'une discussion sur l'interprétation des résultats.

## Contexte théorique

Ce chapitre démontre l'évolution des thérapies brèves ainsi que les facteurs qui ont influencé cette évolution. Il présente également les croyances qui sous-tendent et différencient les thérapies à court terme des thérapies à long terme. Finalement, il expose les hypothèses de travail.

### L'évolution des psychothérapies brèves

#### L'émergence des psychothérapies brèves

Avec les premières analyses freudiennes, la psychothérapie a d'abord été perçue comme un processus long et souvent interminable (Freud, 1937). Malgré cela, on retrouve les premiers exemples de psychothérapies brèves dans les travaux de Freud et de quelques autres théoriciens psychanalytiques de l'époque tels que Ferenczi (1920) ou Alexander et French (1946). Ces idées sont alors méprisées et même considérées comme pouvant avoir des répercussions dangereuses (Oberndorf, 1947). Dans la première moitié du siècle, la thérapie basée sur l'introspection a donc dominé les professions intervenant en santé mentale (Wells & Phelps, 1990).

Puis, la deuxième guerre mondiale a été l'occasion de nombreuses recherches dans le domaine de la santé mentale, ce qui entraîna la prolifération de nouvelles techniques de traitement. C'est alors qu'apparurent les premières formes de thérapie de groupe, d'intervention en situation de crise, de thérapie familiale et de thérapie behaviorale. L'accent était davantage mis sur les forces du patient plutôt que sur ses faiblesses comme c'était le cas auparavant (Pardes & Alan, 1981). Dès lors, MacIver et Redlich (1959) notaient une

division au sein de la profession psychiatrique: ceux qui utilisaient les outils biologiques de concert avec les méthodes directives (thérapies brèves) et ceux qui pratiquaient les thérapies dynamiques (thérapies à long terme) (Pardes & Alan, 1981).

Selon Wells et Phelps (1990), la période la plus fructueuse dans le développement des thérapies brèves coïncide pour une large part avec le développement de la thérapie du comportement. Bien que toutes les thérapies brèves ne se disent pas comportementales dans leur orientation ou leur technique, plusieurs adoptent les principes que Bergin et Garfield (1986) ont identifiés comme une contribution majeure au champ de la thérapie comportementale (Wells & Phelps, 1990). L'émergence de la thérapie comportementale comme un concurrent reconnu dans le champ thérapeutique a fourni aux praticiens un ensemble différent de valeurs. Par exemple, la thérapie comportementale met l'accent sur le fait de travailler directement sur les problèmes immédiats des clients et sur l'utilisation d'une variété de stratégies de changements spécifiques, avec le thérapeute prenant un rôle directif et actif dans le processus (Wells & Phelps, 1990), ce qui était tout à fait nouveau à l'époque.

Puis il y eut la naissance des centres de santé mentale gouvernementaux. Comme les ressources financières étaient limitées, les buts thérapeutiques devinrent plus restreints afin de diminuer le coût des thérapies, ce qui favorisa l'utilisation des thérapies brèves.

### La démocratisation des thérapies

Dans un mouvement de démocratisation des thérapies, les centres de santé gouvernementaux ont offert les services de psychothérapie à l'ensemble de la population. Cette politique eut pour conséquence d'offrir une alternative à la pratique privée. En effet, de plus en plus de consommateurs vont vers les institutions de soins de santé pour se procurer des services de psychothérapie, ce qui augmente la nature compétitive de la

pratique privée (Margeneau, 1990). La pratique de la psychothérapie est de plus en plus perçue comme une entreprise commerciale. Idéalement, le thérapeute rend un service, le client paie pour le service et les deux sont satisfaits de l'échange (Margeneau, 1990). Le client est donc davantage perçu comme un consommateur, ce qui oblige le thérapeute à s'ajuster à la demande.

L'arrivée des tiers payeurs, tels les compagnies d'assurances et les programmes d'aide aux employés, exerce elle aussi une pression sur la pratique privée en payant les frais des thérapies pour une courte durée seulement (Wells & Phelps, 1990). Le thérapeute n'a d'autre choix que d'offrir des thérapies de courte durée (Bolter, Levenson & Alvarez, 1990). En conséquence, le champ de la psychothérapie se trouve confronté à des problèmes sociaux et économiques complexes.

#### Les limites de la démocratisation des thérapies

Le but de la démocratisation est de rendre la psychothérapie accessible à toute la population, indépendamment du revenu du consommateur. Selon Miller (1996a), les compagnies d'assurances et les centres de santé désirent réduire leurs coûts en contraignant les intervenants à remplacer les thérapies à long terme par les thérapies à court terme. Comme les thérapies brèves sont souvent jugées aussi efficaces (Budman & Gurman, 1988), ces résultats de recherche justifient la restriction du temps consacré aux psychothérapies en cachant au consommateur les économies associées au rationnement des services de traitement (Miller, 1996b).

Avant ces réglementations, le thérapeute et son client étaient seuls juges de la longueur appropriée du traitement selon la situation. Ces restrictions de temps limitent le libre jugement du thérapeute. Selon Miller (1996c), la limite de temps entraîne simplement

une cessation du traitement avant que les bénéfices optimaux soient obtenus et pour certains clients, avant que les gains psychologiques nécessaires soient obtenus.

Toutefois, Budman et Gurman (1988) voient cela sous un autre oeil. Ils parlent de la thérapie brève en tant que thérapie dans laquelle le temps alloué est rationné mais dans l'esprit où le thérapeute espère aider le patient à atteindre le maximum de bénéfices en ayant le plus petit investissement en temps et le plus petit coût pour le patient ou pour le tiers payeur.

#### Autres facteurs influençant la pratique de la psychothérapie

Malgré les mouvements socio-économiques qui ont favorisé l'émergence des psychothérapies brèves, ces dernières connaissent aussi des résistances. Une étude menée par Bolter et al. (1990) auprès de psychologues américains (n = 222) montre que le deux tiers des répondants préfèrent l'approche à long terme (LT). Selon eux, cela révèle une certaine réticence de la part des thérapeutes face à la psychothérapie brève (CT). Ils n'ont toutefois pas identifié la nature de ces réticences.

Des auteurs ont soulevé certains facteurs liés à la préférence de l'une ou l'autre des approches thérapeutiques tel que l'habileté du thérapeute, le temps dédié à la pratique privée et les années d'expérience. Ainsi, Burlingame et Behrman (1987) ont trouvé que plus un thérapeute a d'habiletés avec l'une ou l'autre des approches (CT ou LT), plus il se montre positif à propos de cette approche. Dans l'étude de Bolter déjà citée, les praticiens qui favorisent une approche à long terme consacrent une plus grande proportion de leur temps à la pratique privée (87%) que ceux qui adoptent une approche à court terme (60%). Pour leur part, Mahoney et Craine (1991) notent des différences dans le style d'aide selon les années d'expérience. Les praticiens de leur étude (n = 168) dont l'expérience variait de



0 (moins d'un an) à 45 ans ont répondu de deux manières: (1) en fonction du moment présent et (2) en fonction du début de leur carrière. Le schéma global des résultats de leur étude révèle une préférence initiale à être directif (donc court terme) parmi les thérapeutes moins expérimentés, avec un déclin de cette préférence passé les dix premières années de pratique, la trajectoire après n'étant pas très claire.

D'autres facteurs exerceraient une influence sur le choix d'un type de thérapie plutôt qu'un autre chez un futur client. Selon Budman et Gurman (1983), quatre facteurs peuvent affecter l'attitude d'une personne qui cherche de l'aide thérapeutique à propos de la longueur appropriée d'une thérapie: (1) la familiarité avec l'image du processus thérapeutique véhiculé par les médias, (2) les expériences personnelles passées en thérapie, (3) le fait que le client soit ou non un professionnel de la santé et (4) un point de vue implicite de la santé psychologique et de la pathologie. D'un côté quelques personnes sophistiquées arrivent comme des amis et des partisans de la thérapie à long terme, d'un autre côté, d'autres moins sophistiquées ou sans expérience antérieure comme patient arrivent souvent avec l'attente d'être aidé en quelques rencontres seulement (Garfield, 1971).

Quoiqu'il en soit, l'arrivée des centres de santé mentale gouvernementaux a entraîné le développement d'une variété de modalités de traitements ainsi qu'un changement dans la pratique des thérapeutes qui démontrent maintenant une approche plus éclectique et moins dogmatique.

Plusieurs thérapeutes se sont efforcés de concilier ces nombreuses modalités de traitement. Ainsi, des thérapeutes d'orientation psychodynamique, comme Fensterheim (1983), ont évoqué la possibilité d'incorporer des techniques venant de la thérapie behaviorale dans leur traitement. Chez les thérapeutes d'orientation behaviorale, des auteurs

tel que Lazarus (1986) semblaient davantage prêts à tenir compte des perceptions, des idées et des croyances de leurs patients. Ces rapprochements ont favorisé le développement et l'utilisation des techniques de thérapies brèves (Pardes & Alan, 1981).

### Les psychothérapies intégratives

L'avènement des thérapies brèves a entraîné une multitude de thérapies centrées sur le problème. Une emphase commune sur l'importance accordée au problème a engendré des variations de thérapies qui sont davantage compatibles entre elles. L'intégration, particulièrement du point de vue technique, répond à l'injonction pragmatique : "Quelle thérapie fonctionne le mieux et le plus rapidement, pour ce patient, avec ce problème?" (Norcross & Newman, 1992).

L'intégration est un point de vue qui existe depuis longtemps. Selon Goldfried et Newman (1992), il y a eu un intérêt croissant pour l'intégration dans les années 1970 et un intérêt accéléré depuis 1980. L'engouement pour les psychothérapies intégratives aurait été favorisé par au moins huit facteurs ces deux dernières décennies: (1) la prolifération des thérapies, (2) l'inadéquacité des théories uniques, (3) des contingences socio-économiques externes, (4) l'ascendance du court terme et des traitements centrés sur les problèmes, (5) les opportunités d'observer et d'expérimenter des traitements variés, (6) le manque de différence dans l'efficacité des thérapies, (7) la reconnaissance que les facteurs thérapeutiques communs contribuent fortement aux différences de résultats, (8) le développement d'un réseau professionnel pour l'intégration (Goldfried & Newman, 1992).

La psychothérapie intégrative se caractérise par l'insatisfaction à l'égard d'une seule école de pensée et le désir concomitant de regarder au-delà des approches pour voir ce qui peut être appris des autres façons de penser en ce qui concerne la psychothérapie et

les changements de comportements (Norcross & Arkowitz, 1992).

Selon Arkowitz (1989) et Norcross et Greencavage (1989), les trois formes les plus populaires d'intégration sont : (1) l'éclectisme technique, (2) l'intégration théorique et (3) les facteurs communs. Les trois se caractérisent par le désir d'augmenter l'efficacité thérapeutique en regardant au-delà des limites reliées aux théories uniques et des techniques restrictives associées à ces théories.

Les éclectiques techniques cherchent à améliorer leur habileté à sélectionner le meilleur traitement pour la personne et le problème. Cette recherche est guidée principalement par les recherches empiriques sur les méthodes d'intervention capables de produire les meilleurs résultats pour un problème similaire avec des caractéristiques similaires. Les tenants de l'éclectisme technique utilisent des procédures issues de sources diverses sans nécessairement souscrire aux théories associées (Arkowitz, 1989; Norcross & Greencavage, 1989).

Dans l'intégration théorique, deux types de thérapies ou plus sont intégrées dans l'espoir que le résultat sera meilleur qu'avec un seul type de thérapie. Comme le nom l'indique, il y a une emphase sur l'intégration des théories en concomitance avec l'intégration des techniques de thérapie de chacune. L'intégration théorique implique un engagement à une création conceptuelle ou théorique au-delà d'un mélange technique de méthodes. Le but est de créer un cadre conceptuel capable de synthétiser les meilleurs éléments de deux ou plusieurs approches de la thérapie. L'intégration aspire à plus qu'une simple combinaison. Elle cherche à dégager une théorie qui serait plus que la somme de ses parties et qui mènerait à de nouvelles directions pour la pratique et la recherche (Arkowitz, 1989; Norcross & Greencavage, 1989). Étant donné que la personnalité peut être considérée comme un ensemble d'éléments interreliés, la combinaison des techniques

d'interventions permet de mieux performer que la somme de chaque intervention appliquée séparément ou seule (Millon, 1999).

L'approche des facteurs communs, quant à elle, cherche à déterminer les ingrédients principaux que les différentes thérapies ont en commun, dans le but éventuel de créer des traitements plus parcimonieux et plus efficaces basés sur ces points communs. Cette recherche se fonde sur la croyance que les facteurs communs sont plus importants dans la comptabilité du résultat de la thérapie que les facteurs uniques qui les différencient (Arkowitz, 1989; Norcross & Greencavage, 1989).

Selon Norcross et Newman (1992), plus d'un thérapeute sur trois refusent une affiliation avec une école de thérapie particulière, préférant plutôt l'étiquette "éclectique" ou "intégratif". Des études sur les membres de centres d'orientation spécifique révèlent d'importantes proportions de thérapeutes qui endossent une orientation éclectique. Quarante-deux pourcent des membres d'un centre de thérapie behaviorale et 31% des membres d'un centre d'orientation humaniste se disent éclectiques. Totalisant 10 études menées dans les années 1980 sur les membres d'organisations de psychothérapie générale, Norcross (1988, cité dans Norcross & Newman, 1992) rapporte une incidence d'éclectisme qui variait de 30% à 55%. De leur côté, Jensen, Bergin et Greaves (1990) ont recensé 25 études entre 1953 et 1990 dont le taux d'éclectisme variait de 19% à 68%. Des résultats venant de l'Europe de l'Ouest et de régions de langue anglaise indiquent que l'éclectisme est de plus en plus populaire. Par exemple, parmi les psychologues cliniciens britanniques, les orientations théoriques retenues sont l'éclectisme (27%), le behaviorisme (27%) et le cognitivisme (21%) (Norcross, Dryden & Brust, 1992).

Malgré des résistances, les psychothérapies brèves ont tout de même gagné en popularité, favorisées par les mouvements économiques et sociaux. Aujourd'hui encore,

malgré la montée de l'éclectisme, les thérapies brèves se distinguent des thérapies à long terme par des philosophies différentes qui les sous-tendent.

## Deux philosophies de l'intervention

### Les croyances associées aux écoles de pensées

La prolifération d'une multitude de techniques de psychothérapie a été accompagnée d'un changement dans les croyances face à la psychothérapie. En effet, les différentes écoles de pensée en psychothérapie se distinguent par des ensembles différents de croyances. Ces croyances impliquent des façons différentes de percevoir la durée de la thérapie. Ainsi, l'approche des thérapies à long terme s'inspirerait davantage des approches orientées vers l'exploration comme les thérapies psychodynamiques et humanistes (Norcross & Newman, 1992) tandis que celle des thérapies brèves découlerait surtout des approches orientées vers le changement comme les thérapies systémiques (Segal, 1991), comportementales (Kazdin, 1982) et cognitives (Beck, 1995).

L'approche psychanalytique véhicule un ensemble de croyances très différent de l'approche comportementale en ce qui a trait à la longueur de la thérapie. En effet, la psychanalyse amène les patients à concevoir leur souffrance comme un indice de problèmes profonds, lesquels requièrent une exploration de longue durée afin d'éliminer les symptômes et de reformer la structure de personnalité. Pour sa part, le behaviorisme s'attend à ce que la personne donne beaucoup de poids à ce qu'elle expérimente dans le moment présent et à la qualité de l'expérience immédiate. Le behaviorisme s'attend aussi à ce que le comportement de la personne change aussi vite que possible. Les behavioristes privilégient les changements significatifs rapides en évitant autant que possible le processus laborieux de l'exploration et de la réorganisation des structures mentales internes (Fancher,

1995).

Selon une étude de Bolter et al. (1990), il y a une relation significative entre l'orientation théorique et l'approche court terme / long terme. Spécifiquement, seulement 17% des behavioristes de cette étude favorisent une approche à long terme alors que 91% de ceux qui sont d'orientation psychodynamique préfèrent l'approche à long terme. Au centre, on retrouve les humanistes existentiels dont 69% adoptent l'approche à long terme.

D'autres auteurs (Hoyt, 1985; Kovacs, 1982; Malan, 1963; Sifneos, 1981) croient que la réticence à pratiquer le court terme peut être associée à l'orientation théorique puisque la majorité de la documentation concernant l'opposition des thérapeutes à l'égard des thérapies brèves vient d'une perspective psychoanalytique ou psychodynamique.

Une étude de Consoli (1996) démontre que les orientations sont reliées à des croyances. Les sujets de son étude (n = 161) sont des professionnels de la santé mentale affiliés à un des six centres d'orientation intégrative, psychoanalytique, existentialiste, psychodynamique, systémique ou cognitive. Selon cette étude, 62% des thérapeutes endossent les mêmes valeurs théoriques que celles adoptées par le centre auquel ils sont affiliés. La plus grande cohésion se retrouve chez les psychodynamiciens (100%) alors que la plus faible se retrouve chez les psychanalystes (57%). Toutefois, les psychanalystes n'ayant pas adopté les valeurs théoriques associées à leur centre adoptent les valeurs associées au centre d'orientation psychodynamique. Les thérapeutes d'orientation intégrative n'ayant pas adopté les valeurs associées à leur centre endossent les valeurs associées au centre d'orientation cognitive.

De plus, les thérapeutes systémiques de cette étude voient leur pratique dans une perspective de thérapie brève tandis que les psychanalystes et les psychodynamiciens voient

leur pratique dans une perspective de thérapie à long terme. Les psychanalystes ont comme but premier de leur pratique l'élaboration des conflits de base contrairement aux systémiciens pour qui le but premier de la thérapie est de changer les séquences de comportements qui maintiennent le problème.

De façon plus spécifique, les psychodynamiciens démontrent une grande cohésion en ce qui concerne la question de l'origine des problèmes psychologiques. Les psychanalystes et les psychodynamiciens infèrent à l'origine des troubles psychologiques des motivations cachées. Finalement, les psychanalystes et les psychodynamiciens de cette étude endossent fortement la valeur: "Travail de la découverte de soi à travers l'introspection et l'exploration de soi" (traduction libre), ce qui se rattache directement au processus de thérapie à long terme (Consoli, 1996).

Les orientations théoriques véhiculent donc des croyances en ce qui concerne la longueur de la thérapie. Ces croyances sont différentes selon qu'elles sont associées à l'une ou l'autre des deux approches puisque la psychothérapie brève se distingue de par sa nature et ses objectifs de la thérapie à long terme.

#### Qu'est-ce que la thérapie brève?

Il est difficile de définir la thérapie brève par le nombre de sessions (Neff, Lambert, Lunnen, Budman & Levenson, 1996). En effet, la majorité des approches de traitements brefs planifiés requièrent un nombre de rencontres supérieur aux psychothérapies traditionnelles dispensées dans les cliniques ou les centres privés. De plus, des thérapeutes renommés tel que Malan (1976) et Sifneos (1972) rapportent respectivement des cas de thérapies brèves de plus de 40 sessions et de plus d'un an. De leur côté, Butcher et Koss (1978) affirment que le consensus général parmi les cliniciens

concernant le nombre de sessions d'une thérapie brève est de 25 sessions au maximum .

Puisqu'il est difficile de définir la thérapie brève en nombre de visites ou de temps alloué, Budman et Gurman (1988) suggèrent d'autres critères pour définir la nature du traitement bref. Ils proposent que la thérapie brève résulte d'un état d'esprit du thérapeute et d'attitudes particulières.

Dans le même sens, Haley (1969) suggère que la thérapie brève n'est pas tant un ensemble de techniques spécifiques que des séries interreliées d'attitudes personnelles et de valeurs du thérapeute qui, collectivement, rendent la thérapie brève de n'importe quelle approche possible. Les thérapies brèves planifiées exigent que le thérapeute et le patient s'entendent sur un ensemble de valeurs concernant la nature et les objectifs de la thérapie (Budman & Gurman, 1988). Dans la mesure où cette vision de la thérapie répond aux besoins des tiers payeurs et de la société, la demande pour les thérapies brèves augmente. En conséquence, les valeurs à la base des thérapies brèves acquièrent de la crédibilité en épousant une philosophie centrée sur la protection du consommateur et un meilleur rapport qualité/prix (Budman & Gurman, 1983).

### Les valeurs des thérapeutes

Malgré la présence de nombreuses écoles de pensées, deux courants majeurs demeurent: l'approche à long terme et l'approche à court terme (Budman & Gurman, 1988).

Les thérapeutes véhiculent donc des valeurs différentes selon qu'ils privilégient l'approche à court terme ou l'approche à long terme. Budman et Gurman (1988) dégagent les divergences majeures dans les systèmes de valeurs des thérapeutes court terme et ceux des thérapeutes long terme. Ils reconnaissent que de nombreux thérapeutes pratiquent les



deux types de thérapie et que ces divergences peuvent ne pas être aussi extrêmes ou dichotomiques que celles qu'ils présentent. Ils identifient huit différences majeures dans les valeurs des thérapeutes à court-terme et à long terme (voir Tableau 1).

Ainsi, Budman et Gurman (1983) ne présentent pas la thérapie brève comme une école spécifique ou un modèle de traitement mais suggèrent que les différences dans les valeurs qu'ils identifient transcendent les écoles spécifiques ou les orientations de traitements brefs.

Bolter et al. (1990) se sont servi du tableau des valeurs identifiées par Budman et Gurman. Le but premier de leur recherche était d'étudier systématiquement la proposition de Budman et Gurman selon laquelle les thérapeutes court terme ou long terme ont des systèmes de valeurs différents reliés à la nature et à la pratique de la psychothérapie. Ils ont élaboré un questionnaire dont l'une des échelles sert à évaluer le degré d'accord ou de désaccord des répondants avec ces valeurs. Les items de cette échelle ont été construits de façon à mesurer chacune des huit valeurs dominantes proposées par Budman et Gurman. La version finale de cette échelle comporte 13 items. Leurs sujets sont des psychologues ( $n=222$ ) exerçant en pratique privée ou dans des centres institutionnels en Californie. Les répondants indiquent également leur approche thérapeutique préférée (court terme/long terme) en lui donnant un score sur une échelle de 0 (une approche brève, centrée sur le problème, à temps limité) à 10 (une approche à long terme, à temps indéfini). Les sujets dont le score est plus petit que 4 sont associés aux thérapies brèves tandis que les sujets dont le score est plus grand que 6 sont associés aux thérapies à long terme.

Suite à une analyse de régression multiple, les résultats indiquent que les variables de la pratique thérapeutique (proportion de temps en pratique privée et années d'expérience), l'orientation théorique et l'approche préférée (court terme/long terme)

Tableau 1

Valeurs des thérapeutes CT versus valeurs des thérapeutes LT  
selon Budman et Gurman (1983)

Thérapeute à long terme	Thérapeute à court terme
1. Recherche un changement dans les fondements de la personnalité.	Préfère le pragmatisme, la parcimonie et moins d'interventions radicales et ne croit pas en la notion de guérison..
2. Croit qu'un changement psychologique significatif est peu probable dans la vie de tous les jours.	Maintient une perspective développementale de l'adulte à partir de laquelle un changement psychologique significatif est perçu comme inévitable.
3. Voit les problèmes présents comme le reflet d'une pathologie plus profonde.	Met l'emphasis sur les forces et les ressources du patient; les problèmes qui se présentent sont pris au sérieux (toutefois pas au pied de la lettre).
4. Veut être présent au moment où se produit un changement significatif chez le patient.	Accepte que plusieurs changements vont apparaître après la thérapie et ne seront pas observables pour le thérapeute.
5. Voit la thérapie illimitée dans le temps et est patient et désireux d'attendre le changement.	N'accepte pas le temps indéfini de certains types de thérapie.
6. Reconnaît inconsciemment les avantages fiscaux à maintenir les patients en thérapie à long terme.	Les gains fiscaux sont souvent atténués par la nature de la pratique du thérapeute ou par la structure organisationnelle de remboursement.
7. Voit presque toujours la thérapie comme bienfaitante et utile.	Voit la psychothérapie comme étant parfois utile et parfois nuisible.
8. Voit le fait d'être en thérapie comme étant la partie la plus importante de la vie du patient.	Voit qu'il est plus important d'être dans le monde que d'être en thérapie.

(Traduction libre)

comptent pour plus d'un tiers de la variance dans les scores de l'échelle des valeurs. Même après avoir contrôlé la contribution significative de la pratique thérapeutique et de l'orientation théorique, l'approche compte pour une portion additionnelle significative de la

variance dans la prédiction de ces valeurs.

De façon générale, les auteurs ont démontré que les thérapeutes s'identifiant à l'approche à court terme endossaient davantage les valeurs associées par Budman et Gurman à la thérapie à court terme et inversement, les thérapeutes qui préféraient l'approche à long terme endossaient davantage les valeurs associées à la thérapie à long terme. Spécifiquement, les thérapeutes court terme, en comparaison aux thérapeutes long terme, croient davantage que le changement devrait s'effectuer en dehors des séances thérapeutiques et que mettre une limite de temps intensifie le travail thérapeutique.

Le tableau de Budman et Gurman (1983) dresse un premier portrait des valeurs différenciant les approches à court et à long terme. Le travail de Bolter et al. (1990) vient appuyer cette théorie de Budman et Gurman concernant ces valeurs. Comme la présente étude s'inscrit dans une voie exploratoire, il est donc intéressant de suivre cette piste. Ainsi, en 1994, Hould a mis au point le questionnaire: "Mes croyances face à la psychothérapie", lequel est l'objet de cette étude. Ce questionnaire comporte trente items dont quinze sont associés aux valeurs identifiées par Budman et Gurman et quinze autres à leur contre-partie. Le test contient donc le double du nombre d'items du questionnaire de Bolter et al.. Le questionnaire de Hould est aussi le premier questionnaire de langue française servant à mesurer ces valeurs.

### Hypothèses de travail

Ce travail comporte trois objectifs. Suite au premier objectif visant l'exploration de l'expansion des thérapies brèves ainsi que l'étude des différences entre la thérapie brève et la thérapie à long terme, le deuxième objectif consiste à établir la consistance interne de l'instrument: "Mes croyances face à la psychothérapie" (Hould, 1994) et à le standardiser.

Le troisième objectif porte sur l'évolution des opinions des étudiants au baccalauréat en psychologie de l'UQTR entre le début et la fin de leur formation. Comme la documentation sur le sujet de cette étude est limitée et qu'il s'agit d'une étude exploratoire, l'hypothèse nulle est retenue. Les deux hypothèses de cette recherche s'énoncent comme suit:

Hypothèse 1:

L'instrument "Mes croyances face à la psychothérapie" est plutôt instable dans le temps.

En termes plus techniques: Les corrélations entre les scores du test "Mes croyances face à la psychothérapie" obtenus en début du baccalauréat et ceux obtenus à la fin du baccalauréat ne devraient pas atteindre le seuil de signification de .01.

Hypothèse 2:

Suite à la formation de baccalauréat en psychologie de l'Université du Québec à Trois-Rivières (UQTR), la conception de l'intervention psychologique demeure constante.

En termes plus techniques: Les moyennes des scores au test "Mes croyances face à la psychothérapie" obtenues en début du baccalauréat ne devraient pas différer de façon significative de celles obtenues en fin de baccalauréat.

## Méthode

Ce chapitre décrit la méthodologie de l'expérimentation de cette étude. Il traite des caractéristiques des sujets, de la procédure, du questionnaire utilisé ainsi que de l'épuration de ce questionnaire.

### Participants

L'échantillon de cette étude se compose de deux cohortes d'étudiants de première année admis au programme de baccalauréat en psychologie à l'Université du Québec à Trois-Rivières (UQTR). Ces sujets ont été choisis pour leur intérêt face à la psychologie. Le questionnaire leur a été administré en deux temps. Le pré-test a eu lieu au début de leur première année de formation, afin de s'assurer de leur naïveté en ce qui a trait à la psychologie. Quatre cent vingt-quatre étudiants ont répondu au questionnaire une première fois. De ce nombre, 88 ont été retirés car ils avaient déjà accumulé 15 crédits ou plus dans ce programme. Des 336 sujets conservés, 80,4% sont des femmes ( $n = 270$ ) et 19,6% sont des hommes ( $n = 66$ ). Afin de vérifier si le programme de baccalauréat en psychologie de l'UQTR avait un impact sur les croyances face à la psychothérapie, ces même étudiants ont répondu au questionnaire lors du post-test à la fin de leur formation, soit en troisième année du baccalauréat. Cent cinq étudiants qui avaient répondu une première fois ont répondu une seconde fois au questionnaire. De ce nombre, 83,8% sont des femmes ( $n = 88$ ) et 16,2% sont des hommes ( $n = 17$ ).

### Déroulement

Les deux cohortes d'étudiants ont été rencontrés à un an d'intervalle. Les

conditions d'administration sont semblables pour les deux cohortes. Les étudiants sont rencontrés pour le pré-test en septembre 1994 et en septembre 1995 dans le cadre du cours "Introduction au programme de baccalauréat en psychologie" (GPS 1021). Le questionnaire est distribué aux étudiants et les consignes verbales sont données par le professeur. Les étudiants répondent en classe de façon individuelle et volontaire.

Les mêmes étudiants sont rencontrés pour le post-test à la fin de leur programme trois ans plus tard soit, en avril 1997 et en avril 1998, dans le cadre des cours "Relation d'aide auprès de l'adulte II" (PSD 1033) et "Relation d'aide auprès de l'âgé II" (PSD 1035). Les données sont prélevées selon la même procédure qu'au premier temps de mesure.

#### Instrument de mesure

La première étape de cette recherche consiste à établir les qualités psychométriques du questionnaire "Mes croyances face à la psychothérapie" élaboré par Hould en 1994 dans le cadre d'un cours intitulé: "Introduction du baccalauréat en psychologie". Le but de ce questionnaire était d'amener les étudiants inscrits au baccalauréat à réfléchir sur leur conception de l'intervention psychologique. Ce questionnaire a été construit à partir du tableau des valeurs des thérapeutes à court terme versus celles des thérapeutes à long terme de Budman et Gurman (1988). Ce questionnaire comprend deux échelles de 15 items avec lesquelles il est possible de calculer un score global. Les sujets répondent en indiquant leur degré d'accord ou de désaccord avec l'énoncé sur une échelle de type Likert variant de 2 à -2 (voir Appendice A).

Les deux échelles ont été construites de façon à ce que les items de l'une s'opposent à ceux de l'autre. Ainsi, on retrouve pour chaque item de la première échelle un

item opposé dans l'autre échelle: l'item 1 s'oppose à l'item 30, l'item 2 à l'item 29, l'item 3 à l'item 28 et ainsi de suite. Le score de la première échelle est la somme des réponses aux items impairs (score 1), lesquels correspondent aux valeurs des thérapeutes à long terme (échelle LT). Celui de la deuxième échelle comprend la somme des réponses aux items pairs (score 2), lesquels correspondent aux valeurs des thérapeutes à court terme (échelle CT). Le score de tendance est obtenu en soustrayant la somme des réponses aux items pairs de la somme des réponses aux items impairs (score 1 - score 2). Ce score indique la tendance du participant à favoriser l'un ou l'autre type de thérapie. Lorsque le score de tendance est positif, le répondant se rallie davantage aux thérapeutes à long terme. À l'inverse, lorsque le score de tendance est négatif, le thérapeute se rallie davantage aux thérapeutes à court terme (voir Appendice B).

#### Étape préliminaire: épuration du questionnaire

Dans le but d'établir les qualités psychométriques de l'instrument, des analyses ont été effectués sur les données des 336 étudiants au pré-test. Aussi, chacun des items a été mis en corrélation avec chacun des autres items, avec chacune des échelles et avec le score de tendance (voir Appendice C). Après une première analyse globale des résultats, des critères ont été établis pour la rétention des items. Ainsi, les items qui entraînaient une diminution significative de l'indice alpha de Cronbach pour leur échelle furent retirés du calcul des scores au test. Tous les items conservés présentent une corrélation avec le score de leur échelle d'appartenance supérieure à celle obtenue avec l'autre échelle et significative au seuil de .001(voir appendice D). Les items 15, 17, 22 et 23 ont été retirés du questionnaire. Ces items apparaissent dans la version originale de l'Appendice A. La version finale de l'instrument compte 12 items pour l'échelle LT et 14 items pour l'échelle CT (voir Appendice E).



### Les qualités psychométriques de l'instrument

La moyenne des corrélations des items retenus avec le score total aux échelles est de .37 (de .18 à .52) pour la mesure de la tendance vers les valeurs des thérapies à long terme et de .33 (de .22 à .45) pour la tendance des valeurs des thérapies à court terme. L'échelle LT présente un alpha de Cronbach de .54 alors qu'il est de .42 pour l'échelle CT. La corrélation entre les échelles LT et CT est de .27 ( $p < .001$ ). L'opposition entre ces deux échelles ressort principalement en corrélant les scores de chacune des échelles avec le score de tendance globale. Le score de tendance globale présente une corrélation de .68 avec l'échelle LT et de -.51 avec l'échelle CT. Toutes ces corrélations sont significatives au seuil de .001.

Le questionnaire a été construit en formulant une liste de paires d'items opposés. L'examen des corrélations entre ces items opposés n'est confirmé que dans un seul cas, soit entre les items 6 (Le thérapeute devrait avoir une aussi bonne connaissance du fonctionnement humain optimal que de la psychopathologie) et 25 (Pour le thérapeute, la connaissance des mécanismes psychopathologiques est plus importante que la connaissance du fonctionnement normal) où la corrélation obtenue est de -.24 ( $p < .001$ ). Il n'est donc pas possible de dire pour les autres paires d'items qu'ils sont en opposition.

### La standardisation de l'instrument

Les scores bruts se distribuent différemment pour chacune des trois dimensions du questionnaire. Pour l'échelle LT, les scores varient de -17 à 12 avec une moyenne de -4,24 et un écart-type de 5,25 ( $n = 336$ ). Pour l'échelle CT, les scores bruts se situent entre -3 et 23 pour une moyenne de 12,29 et un écart-type de 4,71 ( $n = 336$ ). Les scores de tendance, quant à eux, varient entre -32 et 5 et présentent une moyenne de -16,53 et un écart-type de

5,86 (n = 336).

Ces résultats démontrent une tendance générale marquée à favoriser le court terme. En effet, les scores bruts de tendance montrent que presque tous les sujets (99.7%) ont un score négatif, ce qui signifie qu'ils endossent davantage les valeurs des thérapies à court terme. Pour corriger ce biais et situer tous les sujets sur une même distribution standardisée, les scores bruts aux échelles sont transformés en cote C. Cette transformation ramène les scores dans une distribution de 1 à 11 qui suit une courbe normale dont la moyenne est de 6 avec un écart type de 2. Par comparaison aux stanines et aux stens qui divisent respectivement la courbe normale en neuf et en dix segments égaux, les cotes C permettent une plus grande distribution des sujets et permettent également de dégager les scores extrêmes. Le Tableau 2 rend possible la transformation des scores bruts des trois dimensions du test en cote C.

Cette procédure offre plusieurs avantages. Tout d'abord, elle permet de positionner les sujets par rapport au groupe de référence et de corriger le biais de la tendance générale vers le court-terme. Ainsi, un score de tendance générale de -6 indique que le sujet serait davantage porté vers le court terme, le point d'ambivalence étant zéro. Ce score correspond à 10 en cote C, ce qui signifie que 96% des sujets sont davantage enclins aux interventions court terme que lui. Le sujet se situe donc dans le 4% des sujets qui se rallient le plus aux valeurs des thérapeutes à long terme. La standardisation permet également de corriger un autre biais occasionné par le nombre inégal d'items retenus dans l'échelle LT et dans l'échelle CT. En effet, suite à l'épuration du questionnaire, l'échelle LT comporte 12 items comparativement à l'échelle CT qui en compte 14, ce qui déplace légèrement la moyenne vers le court terme. La standardisation permet de contrer ce déplacement.

Tableau 2  
Interprétation des scores bruts pour les deux  
échelles et le score de tendance

Cote C	Scores bruts			% des gens qui obtiennent ce score	% cumulé des gens qui obtiennent un score plus faible
	LT	CT	Tendance		
1	< -15	< 2	< -30	1	0
2	de -15 à -14	de 2 à 3	de -30 à -27	3	1
3	de -13 à -11	de 4 à 6	de -26 à -24	7	4
4	de -10 à -9	de 7 à 8	de -23 à -21	12	11
5	de -8 à -6	de 9 à 11	de -20 à -18	17	23
6	de -5 à -4	de 12 à 13	de -17 à -16	20	40
7	de -3 à -1	de 14 à 15	de -15 à -13	17	60
8	de 0 à 2	de 16 à 18	de -12 à -10	12	77
9	de 3 à 6	de 19 à 20	de -9 à -7	7	89
10	de 7 à 9	de 21 à 22	de -6 à -3	3	96
11	> 9	> 22	> -3	1	99

## Résultats

Ce chapitre présente les analyses utilisées et porte sur la vérification des hypothèses de recherche.

### Les analyses

Les 105 étudiants qui ont répondu deux fois au questionnaire constituent l'échantillon utilisé pour ces analyses. Des corrélations de Pearson sont établies entre tous les résultats aux items du pré-test et ceux du post-test, entre les scores aux échelles au pré-test et ceux obtenus au post-test et entre les scores de tendance au pré-test et ceux du post-test. Ces analyses visent à vérifier la première hypothèse qui suggère une instabilité temporelle de l'instrument.

La deuxième hypothèse stipule que, suite à la formation du baccalauréat en psychologie de l'UQTR, la conception de l'intervention psychologique demeure constante. Pour vérifier, il s'agit de paier les protocoles des étudiants au pré-test avec leur protocole au post-test. Ainsi, des test t permettent d'observer la nature des changements de moyennes à chacune des échelles et au score de tendance. Des test t permettent également d'évaluer l'importance des changements dans le degré d'adhésion accordé à chacun des items entre le pré-test et le post-test. Le seuil de signification retenu pour ces analyses est de .01.

### Vérification de la première hypothèse

Le Tableau 3 révèle les corrélations entre les scores au pré-test et ceux du post-test pour les deux échelles (CT:  $r = .27$ ; LT :  $r = .43$ ) et le score de tendance ( $r = .34$ ). Toutes les corrélations sont positives au seuil de probabilité de .01. Toutefois, ces corrélations qui

Tableau 3

Comparaisons et corrélations entre le pré-test et le post-test  
pour les deux échelles et le score de tendance

Échelles	Pré-test		Post-test		<i>t</i>	<i>p</i>	<i>r</i>	<i>p</i>
	Moyenne	Écart-T.	Moyenne	Écart-T.				
CT	5.91	1.79	6.31	1.91	-1.83	.07	.27	.005
LT	5.76	1.74	4.96	1.85	4.26	.000	.43	.000
Tendance	5.85	2.06	4.79	2.05	4.59	.000	.34	.000

entraînent le rejet de l'hypothèse nulle sont insuffisantes pour parler de stabilité temporelle. Selon Guilford (1965), des corrélations de .80 sont intéressantes lorsqu'il est question de stabilité temporelle. La première hypothèse qui affirme que l'instrument est plutôt instable dans le temps est donc rejetée sans assurer cependant la fidélité des indices. En effet, la plus forte corrélation se limite à .43.

#### Vérification de la deuxième hypothèse

Entre le début et la fin de scolarité de baccalauréat, les scores standardisés de l'échelle CT passent de 5,91 à 6,31. Cette différence n'atteint pas le seuil de signification fixé à .05. À l'échelle LT, la moyenne de 5,76 au pré-test baisse à 4,96 au post-test. Cette différence de moyennes est significative au seuil de .001. La moyenne a donc diminué significativement à cette échelle. Il en est de même pour le score de tendance dont la moyenne passe de 5,85 à 4,79 ( $t = 4.59$ ,  $p < .001$ ). Comme il y a une différence significative entre les scores au début du baccalauréat et à la fin de la formation pour l'échelle LT et le score de tendance, l'hypothèse nulle: "Suite à la formation du baccalauréat en psychologie de l'UQTR, la conception de l'intervention psychologique demeure

constante” est donc rejetée. Les résultats démontrent également que la différence de moyennes au niveau des scores de tendance est associée surtout à la diminution de la moyenne de l'échelle LT et non à l'augmentation de la moyenne de l'échelle CT. Le Tableau 3 présente également l'ensemble des comparaisons pré-test / post-test entre les deux passations du questionnaire.

Compte tenu du rejet de l'hypothèse nulle et du fait que les indices alpha de Cronbach sont relativement faibles, il convient de faire ressortir les items responsables des différences obtenues au niveau des dimensions du questionnaire. Le Tableau 4 présente les items pour lesquels on obtient une différence significative au seuil de .01 entre les niveaux d'adhésion au début du baccalauréat et en fin de formation (post-test - pré-test). Un écart positif indique une augmentation de l'adhésion à l'item alors qu'une différence négative révèle une diminution de l'adhésion à l'item.

Des différences significatives au seuil de .01 ont été trouvées pour 7 des 26 items. Les items impairs, soit l'item 29, 25 et 7 correspondant à l'échelle LT présentent tous trois une diminution de moyennes d'acquiescement entre le pré-test et le post-test. Ces variations vont dans le même sens que la variation de l'échelle LT qui présente également une diminution de moyenne, ce qui confirme leur influence sur cette dernière. De leur côté, trois des quatre items pairs, soit l'item 28, 2 et 16 associés à l'échelle CT démontrent une augmentation de leur moyenne entre le pré-test et le post-test. Ces différences expliquent l'augmentation de la différence de moyenne pour l'échelle CT, qui n'est toutefois pas significative. L'item 10 appartenant aussi à l'échelle CT indique quant à lui une diminution de moyenne et contribue ainsi à la confirmation de l'hypothèse nulle en ce qui concerne l'échelle CT.

Tableau 4

Différences de moyennes entre le pré-test  
et le post-test pour 7 items  
(post-test - pré-test)

Différence de moyennes	# de l'item	Item
-.54	29	La thérapie est l'occasion de corriger une expérience émotive négative en la revivant.
.49	28	Les problèmes font partie de la vie et la psychopathologie résulte du déséquilibre entre les ressources de la personne et les exigences de l'environnement.
.43	2	La thérapie fournit au client une occasion d'apprendre et de développer de nouvelles habiletés.
-.40	10	La confiance du client envers la thérapie devrait s'appuyer sur les changements positifs observés suite aux premiers entretiens.
.38	16	Le thérapeute est un professionnel comme les autres et ses services doivent présenter le meilleur rapport qualité/prix possible.
-.38	25	Pour le thérapeute, la connaissance des mécanismes psychopathologiques est plus importante que la connaissance du fonctionnement normal.
-.37	7	Les changements significatifs se produisent lors de l'entretien thérapeutique.



## Discussion

En plus d'amorcer une réflexion sur les particularités des thérapies dites brèves par opposition aux thérapies plus traditionnelles, ce mémoire visait deux objectifs principaux: la vérification des qualités psychométriques d'un test conçu dans le but de mesurer la tendance des répondants à favoriser l'une ou l'autre de ces deux approches de la psychothérapie et l'exploration de la nature de changements éventuels dans la conception de la psychothérapie chez un groupe d'étudiants, suite à une formation de baccalauréat en psychologie.

La discussion portera sur trois questions concernant l'aspect psychométrique du questionnaire: Comment expliquer la faiblesse des indices de consistance interne des échelles ? Quelle serait la meilleure façon d'obtenir des items spécifiques? Et finalement, que penser de la stabilité temporelle d'un tel instrument? La discussion se poursuivra par des commentaires sur la nature des changements observés dans les réponses fournies par les sujets et se terminera par un regard critique sur les forces et faiblesses de l'étude.

## Qualités psychométriques

### Consistance interne

La consistance interne du test révélée par les corrélations et par les indices alpha de Cronbach est plutôt faible. La naïveté des sujets au test initial fournirait une première explication de ce manque de consistance.

L'échantillon utilisé pour vérifier les qualités psychométriques de l'instrument se compose d'étudiants naïfs dans le domaine de la psychologie, puisqu'ils sont au tout début

de leur formation. En ce sens, il est possible que leurs croyances en ce qui concerne la psychologie ne soient pas très élaborées ni très structurées. Ainsi, leurs réponses aux items résulteraient de facteurs aléatoires dus à l'ignorance ou à l'absence de réflexion et d'expérience en ce qui concerne la pratique de la psychothérapie. L'incohérence interne du test reflèterait donc cette incohérence de la pensée des répondants en ce qui a trait à leurs croyances face à la psychothérapie.

Afin de vérifier si la naïveté des sujets en matière de psychologie joue un rôle au niveau de la consistance interne de l'instrument, deux expériences ont été faites. Une première expérience consiste à recalculer des indices alpha de Cronbach pour chacune des deux échelles, en utilisant seulement les résultats des étudiants au post-test ( $n = 105$ ). À ce moment, ces étudiants ont reçu une formation de trois ans en psychologie et sont, par conséquent, moins naïfs en la matière. Si cette explication était valable, les alpha calculés au post-test seraient supérieurs à ceux calculés au pré-test. Les résultats des alpha de Cronbach démontrent une légère augmentation de la consistance pour l'échelle CT (pré-test = .42, post-test = .50) alors qu'il n'y a pratiquement pas de changement pour l'échelle LT (pré-test = .54, post-test = .55). Les différences ne permettent pas de supporter cette première explication. Toutefois, bien que ces sujets soient moins naïfs, ils ont très peu d'expérience dans la pratique de la psychothérapie. Il serait donc intéressant de mesurer les indices alpha sur un échantillon d'intervenants professionnels.

Les données recueillies auprès de psychologues et de médecins oeuvrant dans le domaine de la santé mentale ont permis une seconde vérification du rôle de l'expérience sur la consistance interne. Deux groupes d'intervenants ont été rencontrés. La cueillette des données s'est déroulée de façon similaire pour les deux groupes. Un premier groupe de 67 intervenants français a été sollicité sur une base volontaire au Forum francophone

d'hypnose et de thérapie brève à Vaison-la-Romaine en Provence. Ils étaient invités à répondre individuellement au questionnaire "Mes croyances face à la psychothérapie" après avoir reçu des consignes verbales quant à la manière de répondre. Un second groupe de 24 intervenants a été recruté au Congrès de la Société Québécoise d'Hypnose à Montréal. Des comparaisons de moyennes entre les résultats des deux groupes d'intervenants n'ont démontré aucune différence significative. Les deux groupes d'intervenants ont donc été fusionnés pour former un seul groupe de 91 intervenants professionnels. Les indices alpha de Cronbach ont également été calculés à partir de ces données.

Avec cet échantillon, l'indice alpha de Cronbach pour l'échelle LT passe de .54 avec l'échantillon d'étudiants au pré-test (et .55 au post-test) à .72 chez les intervenants expérimentés. Pour l'échelle CT, l'indice alpha est de .50 avec les intervenants alors qu'il était de .42 avec les étudiants au pré-test (et .50 au post-test). Les indices alpha de Cronbach sont donc plus élevés avec le groupe d'intervenants qu'avec le groupe d'étudiants en début de formation. Toutefois, avec les étudiants au post-test, seulement l'indice alpha de l'échelle LT diffère de celui du groupe d'intervenants alors que pour l'échelle CT, il est le même. La naïveté des sujets pourrait donc fournir une explication partielle à la faiblesse de la consistance interne de l'instrument. La différence entre l'alpha de .72 pour l'échelle LT et de .50 pour l'échelle CT pourrait s'expliquer par le fait que les thérapies à court terme seraient plus pragmatiques et d'inspiration plus éclectique que les thérapies à long terme qui seraient plus étroitement associées à des approches spécifiques plus consistantes et mieux connues.

Pour des recherches ultérieures visant à vérifier la consistance interne des échelles de ce questionnaire, il serait préférable d'utiliser des sujets possédant déjà des connaissances en psychologie et une certaine expérience leur ayant permis de se doter d'un

système articulé de croyances liées à la pratique de la psychothérapie.

### Spécificité des items

Pour s'assurer de l'opposition entre les échelles LT et CT, chaque item représentatif d'une approche avait été rédigé en opposition avec un item représentatif de l'autre approche. Idéalement, les corrélations entre les items de chacune de ces paires auraient dû être négatives. Le calcul des corrélations entre les items regroupés par paires démontre clairement que sur les trente paires, une seule répond aux attentes. De plus, la corrélation entre les deux échelles est également positive à .27 ce qui indique l'existence d'un lien significatif au seuil de .001. Ce lien présente cependant une covariance ne dépassant pas .07. La covariance entre ces deux échelles peut s'expliquer par le fait qu'elles sont de même nature. Pour Fiske (1971), le fait que deux échelles soient de même nature favorise l'existence de biais communs comme la tendance à dire oui ou à dire non aux items. Pour contrer ce biais vers l'acquiescement (Yes set) ou la négation, il serait intéressant que dans chaque échelle, le nombre des réponses positives participant au score de l'échelle soit égal à celui des réponses négatives. Il reste cependant que la corrélation de l'échelle LT est positive avec la tendance générale vers les thérapies traditionnelles alors que celle de l'échelle CT est négative, et ce, en conformité avec la logique du test. Il convient de noter que le biais de l'acquiescement est contrôlé lors de la compilation du score de tendance générale.

Quoiqu'il en soit, le questionnaire tel qu'il est ne présente pas deux échelles opposées. Le défi est de créer des items opposés qui paraissent également vraisemblables. D'autres méthodes pourraient être utilisées pour obtenir des échelles véritablement différenciées.

Une première méthode consisterait en l'utilisation de juges. Les énoncés pourraient être soumis à un petit groupe de cinq ou six juges. Ces juges auraient pour tâche de former des paires d'items qui mettent en évidence la différence entre la philosophie des thérapies brèves et celle des thérapies traditionnelles. Les juges discuteraient ensuite entre eux afin de se mettre d'accord sur la formulation des items et sur la définition des critères d'association pour justifier l'attribution des items à une tendance ou l'autre. Cette procédure favoriserait l'opposition entre les items des deux échelles. De plus, ces critères pourraient servir d'explications et de guides pour l'interprétation des scores des répondants.

Une seconde méthode consisterait à administrer le questionnaire à des sujets appartenant à chacune des deux approches (LT et CT). Des comparaisons de moyennes seraient effectuées entre les deux groupes (ceux appartenant à l'approche LT et ceux associés à l'approche CT) pour chacun des items. Les items présentant une différence significative entre les deux groupes seraient retenus. Chacun de ces items servirait à composer l'échelle correspondant à l'approche à laquelle il avait été associé au préalable. Ensuite, il serait possible de vérifier la consistance de ces deux échelles à l'aide de corrélations items-échelle et du calcul du coefficient alpha. Cette façon de faire permettrait d'obtenir des items spécifiques à chacune des approches.

#### Stabilité temporelle de l'instrument

Les résultats des corrélations entre le pré-test et le post-test sont significatives au seuil de .01. De ce fait, nous devons réfuter la première hypothèse nulle. Néanmoins, ces corrélations ne sont pas suffisantes pour parler de stabilité temporelle. Cependant, la période séparant la cueillette des données du pré-test et celle du post-test est de presque trois ans. Or, l'examen rapide de plusieurs questionnaires présentés par Fisher et Corcoran (1994) révèle que la stabilité temporelle de la plupart des tests se mesure en utilisant des

périodes beaucoup plus courtes allant de quelques semaines à quelques mois. Il aurait donc été préférable d'effectuer un retest beaucoup plus tôt, soit quelques semaines ou quelque mois après le premier temps de mesure.

Il faut également noter que les sujets sont soumis à l'influence d'une formation de trois ans en psychologie entre les deux temps de mesure. La particularité ici est que les sujets sont relativement ignorants des pratiques associées à l'une ou l'autre des approches psychothérapeutiques au premier temps de mesure. Au fur et à mesure de leur formation, on leur donne des outils leur permettant de se forger une opinion. Puisqu'ils n'étaient pas en mesure d'avoir de telles opinions au premier temps de mesure, il est difficile de prédire leurs opinions au second temps de mesure. Ce facteur constitue un obstacle supplémentaire à l'obtention de corrélations test-retest substantielles.

Afin d'obtenir une mesure plus juste de la stabilité temporelle, un échantillon d'étudiants du programme de maîtrise en psychologie serait plus approprié puisque ces derniers ont déjà tous suivi le programme de baccalauréat en psychologie. Ils auraient donc eu l'occasion de se former une opinion en ce qui concerne les deux types d'approche. Le pré-test pourrait s'effectuer à la fin de leur programme de baccalauréat puis, un re-test quatre mois plus tard soit au début de leur programme de maîtrise permettrait une mesure plus juste de la stabilité temporelle. Ainsi, aucune formation ne viendrait interférer sur les réponses des sujets entre les deux temps de mesure. L'impact du programme de maîtrise pourrait ensuite être évalué en effectuant un post-test à la fin de ce programme. L'évaluation de la stabilité temporelle à l'aide d'un test et d'un retest devrait s'effectuer indépendamment de l'évaluation de l'impact d'un programme de formation.

## Différences d'opinions

### Changements au niveau des échelles

Les différences de moyennes entre les scores obtenus en début et en fin de formation sont significatives au seuil de .01 pour l'échelle LT et pour le score de tendance, ce qui entraîne le rejet de la deuxième hypothèse nulle. Certains facteurs peuvent expliquer les changements dans les croyances des étudiants. Au pré-test, les sujets sont plutôt naïfs face à la psychologie. Leurs réponses au questionnaire reflètent probablement les croyances populaires en ce qui concerne la psychothérapie. Ces croyances populaires sont le plus souvent reliées aux thérapies traditionnelles, plus particulièrement à la psychanalyse et à Freud qui a su populariser son approche. En effet, l'image de la psychanalyse où le client est allongé sur un divan et où le thérapeute occupe, en retrait, un rôle plutôt passif est largement véhiculée par les médias, plus spécifiquement par le cinéma et la littérature. La formation de baccalauréat en psychologie fournit aux étudiants des informations plus générales concernant la pratique de la psychothérapie, ce qui peut contribuer à affaiblir le degré d'adhésion aux croyances populaires. Les résultats démontrent en effet une diminution significative des scores à l'échelle du long terme chez les étudiants de baccalauréat en psychologie à la fin de leur formation par rapport à leurs croyances en début de formation. Par contre, cette diminution ne correspond pas à une augmentation significative de l'échelle CT.

### Changements au niveau des items

Les changements dans l'acquiescement aux items sont significatifs au seuil de .01 pour 7 des 26 items comme le démontre le Tableau 4. Trois items contribuent de façon significative à la diminution de l'adhésion des croyances reliées aux thérapies à long terme.



L'image de Freud et de la psychanalyse et les croyances populaires rattachées à cette image semblent perdre leur popularité auprès des étudiants après leur formation de baccalauréat en psychologie. Un cliché cinématographique populaire est celui où le client explore son passé et y découvre des événements troublants qu'il avait refoulé et qui lui nuisent dans sa vie actuelle. Les étudiants accordent moins d'importance à la fin de leurs études qu'au début, au fait de revivre ces expériences traumatiques en thérapie, comme en témoigne une diminution de l'adhésion à l'item 29 associé aux thérapies traditionnelles: "La thérapie est l'occasion de corriger une expérience émotionnelle négative en la revivant".

La formation de baccalauréat permet de démystifier le processus thérapeutique et les croyances populaires qui l'entourent. Les cours sont davantage axés sur la normalité plutôt que sur la pathologie comme l'était la psychanalyse. En effet, le programme de baccalauréat en psychologie offre une proportion élevée de cours concernant la psychologie normale comparativement à la proportion de cours offerts sur la psychopathologie. Cela expliquerait peut-être que les étudiants accordent moins d'importance au pathologique à la fin de leurs études qu'au début comme l'illustre la diminution de l'adhésion à l'item 25: "Pour le thérapeute, la connaissance des mécanismes psychopathologiques est plus importante que la connaissance du fonctionnement normal".

La psychanalyse, prototype des thérapies à long terme, est souvent associée à la psychologie des profondeurs. Au cours du XXI<sup>ème</sup> siècle, avec l'évolution de la psychanalyse, les thérapies se sont davantage centrées sur les phénomènes de l'adaptation de la personne à son environnement (Ellenberger, 1970). La psychologie de l'égo et les thérapies brèves mettent l'accent sur le développement des capacités d'adaptation. La thérapie est vue comme une expérience d'apprentissage et une façon d'aider l'individu à acquérir des habiletés qui vont l'aider à s'ajuster aux exigences de la vie courante. Ainsi,

l'importance est accordée aux changements dans la vie réelle plutôt qu'aux changements observables dans la relation thérapeute-client. On note par conséquent une diminution de l'adhésion à l'item 7: "Les changements significatifs se produisent lors de l'entretien thérapeutique". Ces trois items expliquent la diminution observée aux scores de l'échelle LT.

Parmi les quatorze items de l'échelle CT, trois présentent une augmentation alors qu'un quatrième présente une diminution significative. L'augmentation de l'adhésion à l'item 28: "Les problèmes font partie de la vie et la psychopathologie résulte du déséquilibre entre les ressources de la personne et les exigences de l'environnement" et à l'item 2: "La thérapie fournit au client une occasion d'apprendre et de développer de nouvelles habiletés" confirme la primauté accordée aux capacités d'adaptation et à l'acquisition d'habiletés. Ce souci de pragmatisme se confirme par l'accroissement de l'adhésion à l'item 16: "Le thérapeute est un professionnel comme les autres et ses services doivent présenter le meilleur rapport qualité/prix possible". L'augmentation de l'adhésion à cet item confirme également la démystification du processus thérapeutique, la mise au rancart du rôle du thérapeute explorateur de l'inconscient pour faire place à un souci du rapport qualité/prix des services psychologiques. L'adhésion accrue à ces trois items de l'échelle CT ne suffit pas à produire une augmentation significative des scores à l'échelle CT. En effet, contrairement aux trois items associés à l'échelle CT, on note une diminution significative de l'adhésion à un quatrième item associé à cette même échelle. Au début de leur formation, les étudiants sont dans une position de consommateur par rapport au service psychologique. Ils considèrent donc important d'obtenir des résultats afin de pouvoir faire confiance au thérapeute. La formation de baccalauréat leur permet de faire leurs premières expériences en tant que psychothérapeute à l'intérieur des cours de relation d'aide I et II, ce qui renverse leur position. Les étudiants voient davantage avec les yeux du thérapeute.

Comme ils ont peu d'expérience, ils ont probablement une faible confiance en leurs capacités d'aider le client, ce qui les amène à désirer que les clients fassent spontanément confiance à leur thérapeute. Ce changement de point de vue pourrait expliquer pourquoi l'item 10 "La confiance du client envers la thérapie devrait s'appuyer sur les changements positifs observés suite aux premiers entretiens" se comporte différemment des autres items appartenant à l'échelle CT en diminuant de façon significative.

#### Forces et faiblesses de l'étude

Cette étude comporte certaines limites. Premièrement, les analyses n'ont pas donné les résultats attendus en ce qui concerne les qualités psychométriques de l'instrument. La spécificité des items est à retravailler afin d'obtenir une meilleure homogénéité des échelles et de mettre au point une version définitive du questionnaire.

Une seconde limite implique la généralisation des résultats. L'échantillon utilisé pour la validation de l'instrument se compose d'étudiants au baccalauréat en psychologie de l'Université du Québec à Trois-Rivières. Par conséquent, l'impact mesuré ne s'applique que pour ce programme local. Il serait intéressant de vérifier si l'impact des autres programmes de formation de baccalauréat en psychologie est le même que celui du baccalauréat à Trois-Rivières.

Cette étude comporte plusieurs éléments intéressants. Un premier élément réside dans la contribution scientifique de l'élaboration de ce questionnaire. Suite à des recherches documentaires sur le sujet, cet instrument s'avère être le premier questionnaire francophone concernant la mesure des valeurs des thérapeutes par rapport aux approches à court et à long terme.

Un deuxième point concerne l'échantillon lui-même. En plus d'être relativement

substantiel avec ses 336 sujets, l'échantillon est plutôt homogène. Les sujets sont tous des étudiants inscrits au programme de baccalauréat en psychologie de l'UQTR et ils ont tous moins de 15 crédits accumulés au premier temps de mesure.

Finalement, une troisième caractéristique tient au fait qu'il s'agit d'une étude longitudinale. L'expérimentation est d'une durée totale de quatre ans. Elle a permis d'évaluer deux cohortes d'étudiants à un an d'intervalle. Le prélèvement des données s'est effectué en deux temps avec un écart de trois ans entre les deux moments.

## Conclusion

Les thérapies à court terme ont pris de plus en plus d'ampleur au fil des ans alors que les thérapies traditionnelles furent longtemps très influentes dans le champ de la pratique psychothérapeutique. Cette expansion des thérapies brèves a entraîné des changements dans la philosophie des thérapeutes, ce qui a favorisé le développement de nombreuses modalités de traitements. Plusieurs thérapeutes tentent aujourd'hui de concilier ces approches à travers un éclectisme pragmatique. Malgré cette prolifération de techniques, deux courants majeurs de pensée demeurent: les approches à court et à long terme. Afin de différencier ces deux approches, Budman et Gurman (1988) ont élaboré un tableau des valeurs des thérapeutes à court terme par opposition aux valeurs des thérapeutes à long terme. C'est à partir de ce tableau que l'instrument "Mes croyances face à la psychothérapie" de Hould a été construit en 1994.

Cette étude comportait trois objectifs. Le premier objectif était d'explorer l'évolution des thérapies à court terme et de dégager ce qui les distingue des thérapies à long terme. Le second objectif consistait à établir les qualités psychométriques de l'instrument tiré du tableau de Budman et Gurman. Le troisième objectif visait à évaluer les changements d'opinions d'étudiants suite au programme de baccalauréat en psychologie de l'Université du Québec à Trois-Rivières.

L'échantillon utilisé pour cette étude se compose de deux cohortes d'étudiants en première année au programme de baccalauréat en psychologie de l'Université du Québec à Trois-Rivières. Les étudiants ( $n=336$ ) ont répondu une première fois au questionnaire au début de leur programme d'étude. Afin de vérifier l'impact du programme de formation, une partie de ces étudiants ont répondu une seconde fois au questionnaire à la fin de leurs études ( $n=105$ ). Les deux cohortes d'étudiants ont été rencontrées à un an d'intervalle. Les conditions d'administration sont les mêmes pour les deux cohortes. À chaque fois, les

étudiants sont rencontrés en classe. Ils répondent au questionnaire après avoir reçu des consignes verbales.

Le questionnaire: "Mes croyances face à la psychothérapie" comprend initialement deux échelles de 15 items. Le test a été construit de façon à ce que les items d'une échelle s'opposent à ceux de l'autre, ce qui donne 15 paires d'items opposés. Les sujets répondent en indiquant leur degré d'accord ou de désaccord avec l'énoncé sur une échelle en cinq points (de 2 à -2). L'échelle des items impairs est associée aux croyances reliées aux thérapies à long terme (LT) alors que l'échelle des items pairs mesure l'adhésion aux valeurs associées aux thérapies brèves (CT). Le calcul d'un score de tendance (LT-CT) indique quelle approche est favorisée par le répondant.

L'épuration du questionnaire dans le but d'établir les qualités psychométriques du test a permis de retirer 4 items. La version finale du test comporte 12 items pour l'échelle LT et 14 items pour l'échelle CT. Les résultats démontrent une tendance générale pour tous les sujets vers le court terme. Afin de corriger ce biais instrumental, les scores bruts sont transformés en cote C. Des analyses sont effectuées afin d'établir les qualités psychométriques de l'instrument. La moyenne des corrélations items-échelle est de .37 pour LT et de .33 pour CT. L'alpha de Cronbach est de .54 pour l'échelle LT et de .42 pour l'échelle CT. Le score de tendance globale présente une corrélation de .68 avec l'échelle LT et de -.51 avec l'échelle CT ( $p < .001$ ), ce qui démontre l'opposition entre les deux échelles. Les corrélations entre les scores au pré-test et au post-test sont toutes significatives au seuil de .001, mais insuffisantes pour confirmer la stabilité temporelle de l'instrument. Les résultats démontrent également des changements dans les opinions des étudiants après leur formation de baccalauréat en psychologie. Des comparaisons de moyennes indiquent une diminution significative des scores à l'échelle LT et au score de

tendance. Des comparaisons de moyennes pour tous les items entre le pré-test et le post-test démontrent des différences significatives pour 7 items sur les 26 du test, dont trois augmentations et quatre diminutions de moyennes.

### Implications pratiques de l'étude

Cette étude fournit une première ébauche d'un questionnaire servant à évaluer les croyances face à la psychothérapie. En suivant les méthodes proposées au chapitre précédent, il serait possible d'améliorer les qualités psychométriques de l'instrument.

Dans l'optique de recherches ultérieures, il pourrait être intéressant d'utiliser le questionnaire afin de vérifier l'impact des stages du programme de maîtrise en psychologie sur les croyances face à la psychothérapie. Il pourrait également être intéressant de comparer l'impact des différents programmes de formation sur la préférence des sujets en ce qui concerne les approches à court et à long terme.

Ce questionnaire pourrait être utile au niveau de la pratique clinique de la psychothérapie. L'administration du questionnaire au client permettrait de connaître ses attentes concernant la thérapie. Administré au thérapeute, il permettrait de connaître ses préférences et les valeurs régissant ses interventions. Les clients pourraient ainsi être orientés vers des thérapeutes dont l'approche correspond davantage à leurs attentes.

Une autre voie de recherche concerne l'étude des liens entre les différentes orientations et les deux approches (LT et CT). Par exemple, il serait intéressant de vérifier l'existence de liens entre les psychodynamiciens et les répondants qui adhèrent aux valeurs des thérapies à long terme.

Finalement, plusieurs recherches pourraient être entreprises pour vérifier la validité



des diverses opinions exprimées par les items pour explorer le bien-fondé de chacune auprès de problématiques particulières et pour mieux articuler des approches thérapeutiques aux besoins spécifiques des clients.

## Références

- Alexander, F., & French, T. M. (1946). *Psychoanalytic therapy: Principles and applications*. New York: Ronald Press.
- Arkowitz, H. (1989). The role of theory in psychotherapy integration. *Journal of Integrative and Eclectic Psychotherapy*, 8, 8-16.
- Beck, J. S. (1995). *Cognitive therapy: Basics and beyond*. New York: Guilford Press.
- Bergin, A. E., & Garfield, S. L. (1986). Introduction and historical overview. In S. L. Garfield and A. E. Bergin (Éds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change: An empirical analysis* (3e éd.), (pp.3-22). New York: Wiley.
- Bolter, K., Alvarez, W., & Levenson, H. (1990). Differences in values between short-term and long-term therapists. *Professional Psychology: Research and Practice*, 21(4), 285-290.
- Budman, S. H., & Gurman, A. S. (1983). The practice of brief therapy. *Professional Psychology: Research and Practice*, 14(3), 277-292.
- Budman, S. H., & Gurman, A. S. (1988). *Theory and practice of brief therapy*. New York: Guilford Press.
- Burlingame, G. M., & Behrman, J. A. (1987). Clinician attitudes toward time-limited and time-unlimited therapy. *Professional Psychology: Research and Practice*, 18, 61-65.
- Butcher, J. N., & Koss, M. P. (1978). Research on brief and crisis-oriented therapies. In S. Garfield & A. E. Bergin (Éds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (2e éd.), (pp.725-768). New York: Wiley.
- Consoli, A. J. (1996). Psychotherapists' personal and mental health values according to their theoretical/professional orientation. *Revista Interamericana de Psicología Interamerican Journal of Psychology*, 30(1), 59-83.
- Ellenberger, H. (1970). *The discovery of the unconscious: The history and evolution of dynamic psychiatry*. New York: Basic Books.
- Fancher, R. T. (1995). *Cultures of healing*. New York: Freeman.
- Fensterheim, H., & Glazer, H. I. (1983). *Behavioral psychotherapy: Basic principles and case studies in an integrative clinical model*. New York: Brunner/Mazel.
- Ferenzl, S. (1920). The futur development of an active therapy in psychoanalysis. In J. Richman (Éd.), *Futher contribution to the theory and techniques of psychoanalysis*, (pp. 198-216). London: Hogarth. (Originally published 1920).
- Fischer, J., & Corcoran, K. (1994). *Measures for clinical practice*. (vol. 2, 3e éd.) New York: Free Press.

- Fiske, D. W. (1971). *Measuring the concepts of personality*. Chicago: Aldine.
- Freud, S. (1937). Analysis terminable and interminable. In Strachey, J. (1964). *The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud*, 23, 209-253. London: Hogarth Press.
- Garfield, S. L. (1971). Research on client variables in psychotherapy. In A. E. Bergin & S. Garfield (Éds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change*, (pp. 271-298). New York: Wiley.
- Goldfried, M. R., & Newman, C. (1992). A history of psychotherapy integration. In J. C. Norcross & M. R. Goldfried (Éds.), *Handbook of psychotherapy integration*, (pp. 3-45). New York: Basic Books.
- Guilford, J. P. (1965). *Fundamental statistics in psychology and education*, (4e éd.). New York: McGraw-Hill.
- Haley, J. (Éd.), (1969). *Advanced techniques of hypnosis and therapy: Selected papers of Milton F. Erickson, M. D.*. New York: Grune & Stratton.
- Hould, R. (1994). *Mes croyances face à la psychothérapie*. Texte inédit.
- Hoyt, M. F. (1985). Therapist resistances to short-term dynamic psychotherapy. *Journal of the American Academy of Psychoanalysis*, 13, 93-112.
- Jensen, J. P., Bergin, A. E., & Greaves, D. W. (1990). The meaning of eclecticism: New survey and analysis of components. *Professional Psychology: Research and Practice*, 21, 124-130.
- Kazdin, A. E. (1982). History of behavior modification. In A. S. Bellack, M. Hersen, & A. E. Kazdin (Éds.), *International handbook of behavior modification and therapy*, (pp. 3-32). New York: Plenum Press.
- Kovacs, A. L. (1982). Survival in the 1980s: On the theory and practice of brief psychotherapy. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 19, 142-159.
- Lazarus, A. A. (1986). Multimodal therapy. In J. C. Norcross (Éd.), *Handbook of eclectic psychotherapy*, (pp. 65-93). New York: Brunner/Mazel.
- London, P. (1986). *The modes and morals of psychotherapy* (2e éd.) Washington: Hemisphere publishing.
- MacIver, J., & Redlich, F. C. (1959). Patterns of psychiatric practice. *American Journal of Psychiatry*, 115, 692-697.
- Mahoney, M. J., & Craine, M. H. (1991). The changing beliefs of psychotherapy experts. *Journal of Psychotherapy Integration*, 1(3), 207-221.
- Malan, D. H. (1963). *A study of brief psychotherapy*. London: Tavistock.

- Malan, D. H. (1976). *The frontiers of brief psychotherapy: An example of the convergence of research and clinical practice*. New York: Plenum Press.
- Margenau, E. A. (1990). *The encyclopedic handbook of private practice*. New York: Gardner Press.
- Miller, I.J. (1996a). Ethical and liability issues concerning invisible rationing. *Professional Psychology: Research and Practice*, 27(6), 583-587.
- Miller, I. J. (1996b). Some "Short-term therapy values" are a formula for invisible rationing. *Professional Psychology: Research and Practice*, 27(6), 577-582.
- Miller, I. J. (1996c). Time-limited brief therapy has gone too far: The result is invisible rationing. *Professional Psychology: Research and Practice*, 27(6), 567-576.
- Millon, T. (1999). *Personality-guided therapy*. New York: Wiley.
- Neff, W. L., Lambert, M. J., Lunnen, K. M., Budman, S. H., & Levenson, H. (1996). Therapists's attitudes toward short-term therapy: Changes with training. *Employee Assistance Quarterly*, 11(3), 67-77.
- Norcross, J. C., & Arkowitz, H. (1992). *The evolution and current status of psychotherapy integration*. New York: Basic Books.
- Norcross, J. C., Dryden, W., & Brust, A. M. (1992) *British clinical psychologists: A national survey of the BPS Clinical Division*. Clinical Psychology Forum.
- Norcross, J. C., & Greencavage, L. M. (1989). Eclecticism and integration in counselling and psychotherapy: Major themes and obstacles. *British Journal of Guidance and Counselling*, 19, 227-247.
- Norcross, J. C., & Newman, C. F. (1992). Psychotherapy integration: Setting the context. In J. C. Norcross & M. R. Goldfried. (Éds.), *Handbook of psychotherapy integration*, (pp. 3-45). New York: Basic Books.
- Oberndorf, C. P. (1947). Review of psychoanalytic therapy: Principles and applications. *Psychoanalytic quarterly*, 16, 99-102.
- Pardes, H., & Alan, H. P. (1981). Brief therapy in the context of national mental health issues. In S. H. Budman (Éd.), *Forms of brief therapy* (pp.7-21). New York: Guilford.
- Segal, L. (1991). The MRI approach. In A. S. Gurman & D. P. Kniskern (Éds), *Handbook of family therapy* (vol.2), (pp. 171-199). New York: Brunner/Mazel.
- Sifneos, P. E. (1972). *Short-term psychotherapy and emotional crisis*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Sifneos, P. E. (1981). Short-term dynamic psychotherapy: Its history, its impact and its future. *Psychotherapy and psychosomatics*, 35, 224-229.

Wells, R. A., & Phelps, P. A. (1990). The brief psychotherapies: A selective overview. In R. A. Wells & J. C. Giannetti (Éds.), *Handbook of The Brief Psychotherapies*, (pp. 3-24). New York: Plenum.

## Appendices

## Appendice A

## MES CROYANCES FACE À LA PSYCHOTHÉRAPIE

Richard Hould, D.Ps.

Université du Québec à Trois-Rivières

Pour chacun des énoncés suivants, indiquez dans la case appropriée :

- (-2) si vous n'êtes pas du tout d'accord  
 (-1) si vous avez plutôt tendance à ne pas être d'accord  
 (0) si vous n'avez jamais songé à cette question  
 (1) si vous avez plutôt tendance à être d'accord  
 (2) si vous êtes tout à fait d'accord

- 
- |     |  |                      |
|-----|--|----------------------|
| 1-  | Le but de la thérapie est de modifier la personnalité en profondeur  | <input type="text"/> |
| 2-  | La thérapie fournit au client une occasion d'apprendre et de développer de nouvelles habiletés                                   | <input type="text"/> |
| 3-  | Les difficultés psychologiques sont nécessairement l'expression d'un conflit intérieur venant de l'enfance                       | <input type="text"/> |
| 4-  | Si le client oublie de se présenter en entrevue, c'est un indice que la thérapie est sur le point de se terminer                 | <input type="text"/> |
| 5-  | Tout se joue avant six ans et toute correction ultérieure significative nécessitera une thérapie                                 | <input type="text"/> |
| 6-  | Le thérapeute devrait avoir une aussi bonne connaissance du fonctionnement humain optimal que de la psychopathologie             | <input type="text"/> |
| 7-  | Les changements significatifs se produisent lors de l'entretien thérapeutique  | <input type="text"/> |
| 8-  | L'élimination d'un symptôme peut avoir des répercussions positives sur l'ensemble du fonctionnement psychologique de la personne | <input type="text"/> |
| 9-  | Si le thérapeute est compétent, la thérapie engendre toujours des conséquences positives pour le client                          | <input type="text"/> |
| 10- | La confiance du client envers la thérapie devrait s'appuyer sur les changements positifs observés suite aux premiers entretiens  | <input type="text"/> |
| 11- | Plus la thérapie est longue, plus les changements réalisés sont profonds et durables   | <input type="text"/> |
| 12- | La thérapie est un moyen parmi d'autres d'améliorer la qualité de vie et d'être mieux dans sa peau                               | <input type="text"/> |
| 13- | La personne dont la thérapie a été un succès peut affronter n'importe quelle situation   | <input type="text"/> |



## Appendice A (suite)

- 14- Le thérapeute doit prendre au sérieux la formulation par son client de ses difficultés
- 15- Il est mesquin de parler du rapport coût/bénéfice lorsqu'il s'agit d'une entreprise aussi noble que la psychothérapie
- 16- Le thérapeute est un professionnel comme les autres et ses services doivent présenter le meilleur rapport qualité/prix possible
- 17- En thérapie, l'élimination d'un symptôme ne présente pas vraiment d'intérêt
- 18- Toute personne peut se désorganiser si elle est confrontée à des événements qui dépassent sa capacité d'adaptation
- 19- La thérapie devrait être pour le client la chose la plus importante de sa vie
- 20- S'il est possible de produire un changement rapidement, tant mieux
- 21- Pour qu'une thérapie soit efficace, il faut que le client ait d'abord confiance en son thérapeute
- 22- Même bien menée, la thérapie peut être néfaste pour certaines personnes
- 23- L'élimination précoce d'un symptôme peut engendrer un autre symptôme plus néfaste encore pour la personne
- 24- Les effets positifs d'une thérapie doivent être observables dans la vie quotidienne du client
- 25- Pour le thérapeute, la connaissance des mécanismes psychopathologiques est plus importante que la connaissance du fonctionnement normal
- 26- Même sans thérapie, les changements dans le fonctionnement de la personne sont inévitables parce que la croissance dure toute la vie
- 27- Le client qui oublie de se présenter en entrevue cherche inconsciemment à éviter une prise de conscience fondamentale
- 28- Les problèmes font partie de la vie et la psychopathologie résulte du déséquilibre entre les ressources de la personne et les exigences de l'environnement
- 29- La thérapie est l'occasion de corriger une expérience émotionnelle négative en la revivant
- 30- Le but de la thérapie consiste à régler des problèmes à la satisfaction du client

## Appendice B

**MES CROYANCES FACE À LA PSYCHOTHÉRAPIE**

Je partage l'opinion des thérapeutes  
qui préconisent les thérapies à long terme

Somme des réponses fournies  
aux items impairs

Score 1

Je partage l'opinion des thérapeutes  
qui favorisent les thérapies brèves

Somme des réponses fournies  
aux items pairs

Score 2

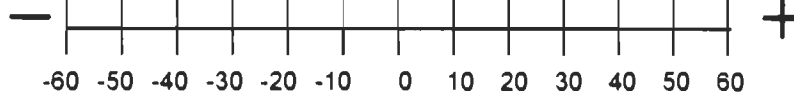
Si, en soustrayant le Score 1 du Score 2 (Score 1-Score 2), j'obtiens une réponse positive, je me rallie aux thérapeutes à long terme. Si la réponse est négative, je me rallie aux thérapeutes à court terme.

Score 1 - Score 2 = Score de tendance

-  =

Indécision

Opinions de  
thérapeutes  
favorables  
au court-terme



Opinions des  
thérapeutes  
favorables au  
long-terme

**Note :** Ce questionnaire passe en revue les croyances généralement associées tantôt aux thérapeutes privilégiant une approche à long terme, tantôt aux thérapeutes favorisant les thérapies brèves.

Chacun des items a une contrepartie. Les items s'opposent de la façon suivante : 1 et 30, 2 et 29, 3 et 28, 4 et 27, 5 et 26, 6 et 25, 7 et 24, 8 et 23, 9 et 22, 10 et 21, 11 et 20, 12 et 19, 13 et 18, 14 et 17, 15 et 16.

## Appendice C

## Corrélations item-échelles avant épuration des échelles

Item	Échelle LT		Échelle CT		Tendance	
	r	p	r	p	r	p
1	.27	.000	.08	.137	.18	.001
2	.06	.249	.32	.000	-.19	.001
3	.52	.000	.13	.016	.37	.000
4	.18	.001	.32	.000	-.08	.130
5	.48	.000	.13	.021	.33	.000
6	.10	.056	.23	.000	-.08	.142
7	.36	.000	-.04	.440	.36	.000
8	.02	.730	.34	.000	-.24	.000
9	.37	.000	.05	.334	.29	.000
10	.15	.007	.37	.000	-.15	.006
11	.42	.000	.17	.002	.25	.000
12	.20	.000	.28	.000	-.03	.549
13	.47	.000	.12	.024	.32	.000
14	.15	.006	.25	.000	-.06	.288
15	.25	.000	.01	.840	.21	.000
16	.12	.33	.39	.000	-.19	.000
17	.10	.072	-.10	.065	.16	.003
18	.03	.625	.30	.000	-.21	.000
19	.47	.000	.20	.000	.27	.000
20	-.05	.359	.34	.000	-.30	.000
21	.18	.001	.15	.006	.05	.383
22	-.02	.735	.13	.016	-.12	.034
23	.21	.000	.09	.119	-.12	.028
24	.15	.007	.38	.000	-.16	.004
25	.33	.000	.05	.321	.25	.000
26	.04	.462	.32	.000	-.20	.000
27	.38	.000	.21	.000	.18	.001
28	.08	.123	.26	.000	-.12	.028
29	.33	.000	.17	.002	.17	.002
30	.15	.006	.45	.000	-.21	.000

## Appendice D

## Corrélations item-échelles après épuration des échelles

Item	Échelle LT		Échelle CT		Tendance	
	r	p	r	p	r	p
1	.31	.000	.10	.067	.20	.000
2	.07	.201	.35	.000	-.22	.000
3	.56	.000	.15	.006	.38	.000
4	.21	.000	.33	.000	-.08	.146
5	.48	.000	.11	.041	.34	.000
6	.12	.035	.27	.000	-.11	.044
7	.40	.000	-.03	.582	.38	.000
8	.08	.133	.35	.000	-.21	.000
9	.41	.000	.09	.104	.30	.000
10	.15	.006	.37	.000	-.16	.003
11	.41	.000	.18	.001	.22	.000
12	.18	.001	.27	.000	-.05	.336
13	.49	.000	.15	.005	.32	.000
14	.14	.009	.26	.000	-.08	.137
16	.13	.014	.40	.000	-.20	.000
18	.04	.506	.31	.000	-.21	.000
19	.50	.000	.19	.000	.29	.000
20	-.01	.868	.36	.000	-.30	.000
21	.18	.001	.16	.004	.03	.570
24	.16	.004	.42	.000	-.19	.000
25	.34	.000	.04	.503	.27	.000
26	-.00	.944	.32	.000	-.26	.000
27	.36	.000	.21	.000	.16	.004
28	.11	.050	.30	.000	-.15	.008
29	.36	.000	.19	.001	.17	.002
30	.15	.005	.46	.000	-.23	.000

## Appendice E

## Version finale du questionnaire "Mes croyances face à la psychothérapie"

## Items de l'échelle LT

- 
1. Le but de la thérapie est de modifier la personnalité en profondeur
  3. Les difficultés psychologiques sont nécessairement l'expression d'un conflit intérieur venant de l'enfance
  5. Tout se joue avant six ans et toute correction ultérieure significative nécessitera une thérapie
  7. Les changements significatifs se produisent lors de l'entretien thérapeutique
  9. Si le thérapeute est compétent, la thérapie engendre toujours des conséquences positives pour le client
  11. Plus la thérapie est longue, plus les changements réalisés sont profonds et durables
  13. La personne dont la thérapie a été un succès peut affronter n'importe quelle situation
  19. La thérapie devrait être pour le client la chose la plus importante de sa vie
  21. Pour qu'une thérapie soit efficace, il faut que le client ait d'abord confiance en son thérapeute
  25. Pour le thérapeute, la connaissance des mécanismes psychopathologiques est plus importante que la connaissance du fonctionnement normal
  27. Le client qui oublie de se présenter en entrevue cherche inconsciemment à éviter une prise de conscience fondamentale
  29. La thérapie est l'occasion de corriger une expérience émotionnelle négative en la revivant

## Appendice E (suite)

## Items de l'échelle CT

- 
2. La thérapie fournit au client une occasion d'apprendre et de développer de nouvelles habiletés
  4. Si le client oublie de se présenter en entrevue, c'est un indice que la thérapie est sur le point de se terminer
  6. Le thérapeute devrait avoir une aussi bonne connaissance du fonctionnement humain optimal que de la psychopathologie
  8. L'élimination d'un symptôme peut avoir des répercussions positives sur l'ensemble du fonctionnement psychologique de la personne
  10. La confiance du client envers la thérapie devrait s'appuyer sur les changements positifs observés suite aux premiers entretiens
  12. La thérapie est un moyen parmi d'autres d'améliorer la qualité de vie et d'être mieux dans sa peau
  14. Le thérapeute doit prendre au sérieux la formulation par son client de ses difficultés
  16. Le thérapeute est un professionnel comme les autres et ses services doivent présenter le meilleur rapport qualité/prix possible
  18. Toute personne peut se désorganiser si elle est confrontée à des événements qui dépassent sa capacité d'adaptation
  20. S'il est possible de produire un changement rapidement, tant mieux
  24. Les effets positifs d'une thérapie doivent être observables dans la vie quotidienne du client
  26. Même sans thérapie, les changements dans le fonctionnement de la personne sont inévitables parce que la croissance dure toute la vie
  28. Les problèmes font partie de la vie et la psychopathologie résulte du déséquilibre entre les ressources de la personne et les exigences de l'environnement
  30. Le but de la thérapie consiste à régler des problèmes à la satisfaction du client